N° 50

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'EMPLOI DE L'ÉTHER

EN OBSTÉTRIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juin 1898

PAR

Henri SAHUT

Né à Montpellier, le 10 mai 1869

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

M DCCC XCVIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N...
Id. Bosc (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	ESPAGNE, agr. lib.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. MOITESSIER	MM. VALLOIS
LECERCLE	BOSC	MOURET
RAUZIER	DE ROUVILLE	DELEZENNE
LAPEYRE	PUECH	GALAVIELLE

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, *président.*	MM. LAPEYRE, *agrégé.*
FORGUE, *professeur.*	VALLOIS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA TANTE ET MARRAINE

H. SAHUT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRYNFELTT

A M. LE PROFESSEUR GRANEL

A M. LE PROFESSEUR FORGUE

H. SAHUT.

A MON AMI, LE Dr LOUIS FABRE

A TOUS MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

Toujours dévoué aux soins des malades,
et aux progrès de la science.

H. SAHUT.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546803_0122

AVANT-PROPOS

Au moment de présenter ce modeste travail, fruit de nos observations personnelles, nous devons un souvenir de reconnaissance à tous ceux qui nous ont témoigné de la sympathie durant nos études médicales. Dès le début de ces études, M. le professeur Granel a toujours été pour nous un guide sûr et un conseiller aussi bienveillant que dévoué. Plus tard, le sort nous ayant inscrit dans le service de M. le professeur Forgue, nous nous sommes attaché à son enseignement, tant à l'hôpital général qu'à sa clinique magistrale du suburbain. Tout en profitant de cet enseignement, nous avons bénéficié de sa protection, et, plus d'une fois, il nous a tendu une main secourable au milieu des difficultés que nous avons rencontrées sur nos pas. MM. les professeurs-agrégés Vallois et Galavielle ont droit à notre reconnaissance, pour les conseils amicaux qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Pendant notre séjour à l'hôpital de Nice, nous avons pu apprécier les sympathies, à notre égard, de MM. les docteurs Fighiera, Balestre, Bourdon, Moriez, Gaziglia, Grinda, Barralis et Lautard. M. le docteur Lautard nous a toujours

aidé dans la préparation de cette étude, en nous faisant bénéficier des observations de son service. Notre collègue et ami Malausséna a droit à notre bon souvenir, pour l'année agréable que nous avons passée ensemble. Nos camarades et amis qui nous ont témoigné de la sympathie recevront aussi nos plus sincères remerciements. Nous nous plaisons à leur dire que nous resterons toujours au milieu d'eux, et que le titre qu'on va nous donner ne nous enlèvera jamais celui d'étudiant, le seul dont nous tirerons gloire et honneur.

A Montpellier, le 9 juin 1898.

INTRODUCTION

Le travail que nous avons l'honneur de présenter à nos Maîtres de la Faculté n'est que l'historique de nos observations personnelles. Aussi, dirons-nous avec Montaigne : « Ce » sont ici mes humeurs et mes opinions, je les donne pour » ce qui est en ma créance, non pour ce qui est à croire. Je » n'ay point l'autorité d'estre cru n'y le désire, me sentant » trop mal instruit pour instruire aultruy ».

Nous indiquons comment ces observations nous ont conduit à des conclusions, et ces conclusions avaient été, sans que nous nous en fussions douté, constatées déjà en Angleterre, en Allemagne et en France.

Après avoir indiqué les bons effets de l'éther dans les différentes interventions (*forceps, version, inertie, tétanie*), nous le comparons au chloroforme, chez lequel nous ne trouvons pas les mêmes effets.

Nous expliquons alors notre façon d'agir, et nous en démontrons l'utilité pratique.

Nous abordons, ensuite, l'historique de la question abandonnée depuis 1847, après une durée tout à fait éphémère.

Nous terminons en concluant à la supériorité de l'éther sur le chloroforme.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'EMPLOI DE L'ÉTHER

EN OBSTÉTRIQUE

I

COMMENT NOUS AVONS ÉTÉ CONDUIT A EMPLOYER L'ÉTHER EN OBSTÉTRIQUE

Pendant notre stage aux hôpitaux de Montpellier, nous avons eu souvent l'occasion de faire des anesthésies dans les différents services de M. le professeur Forgue. Nous avions eu l'occasion de remarquer personnellement la supériorité de l'éther sur le chloroforme, pour la majorité des cas. Nous avions donc cru que cet agent produisant de si bon effets et si employé en chirurgie avait aussi son emploi en obstétrique. Nous fûmes donc profondément surpris en apprenant l'abstention dont l'éther était l'objet dans cette branche de la science médicale. Nous nous expliquions, en partie, cette abstention en songeant que l'éther avait été importé de Lyon par M. le professeur Tédenat et propagé par lui à Montpellier, aidé dans cette tâche par notre Maître M. le professeur Forgue. Il était

donc relativement admissible que cette influence ne se fût pas fait sentir dans la clinique obstétricale. Nous avions encore l'illusion de croire que l'éther était au moins employé à Lyon dans toutes les cliniques sans exception. Cette dernière illusion tomba bientôt et nous apprîmes, un jour, l'emploi unique du chloroforme dans le service du professeur Fochier.

Devant cette abstention générale, nous en cherchâmes longtemps la cause. Aucune raison ne put nous en donner une explication satisfaisante. Ayant été sur ces entrefaites nommé interne à l'hôpital de Nice, nous fîmes part de nos impressions à M. le docteur Lautard, accoucheur audit hôpital. Nous décidâmes d'éssayer à la première occasion l'emploi de l'anesthésique devant lequel des grands Maîtres avaient peut-être reculé. Cette occasion se présenta bientôt. Le 24 mars 1897, à 7 heures du soir, entra, à l'hôpital de Nice, une femme en travail, avec une dilatation supérieure à 5 francs. La poche des eaux était intacte. Au palper et au toucher on constatait une présentation de la face en MIGA. Les bruits du cœur étant un peu obscurs, le docteur Lautard se décida à rompre la poche des eaux à 8 heures 1/4. Les eaux s'écoulèrent teintées de méconium, et au toucher on pouvait constater la mobilité de la présentation et un promontoire accessible. Il était évident que le fœtus souffrait et comme le travail livré à sa propre initiative devait durer très longtemps, il était de toute nécessité d'intervenir. Une application de forceps fut décidée et la femme fut au préalable anesthésiée à l'éther. Au bout de trois minutes et demie l'anesthésie était complète. A ce moment-là, la tête se trouvait à la vulve et avait ainsi dans un si court laps de temps accompli la *dilatation*, l'*engagement*, la *descente* et la *rotation*, qui eussent normalement exigé plusieurs heures. La tête sembla alors vouloir s'arrêter, mais une simple application directe de forceps fut suffisante pour la dégager. L'enfant sortit *vivant*,

sans *bosse séro-sanguine*, sans *ecchymose* et sans la *laideur caractéristique* de la présentation de la face. Beaucoup de raisons militaient cependant en faveur d'une issue contraire. La femme était une primipare âgée déjà de 28 ans ; son diamètre promonto-pubien mesurait sans déduction 9 1|2, c'est-à-dire 8 ; le fœtus avait, par contre, comme diamètres bipar. 9, bimal. 8. Un tassement a donc été obligé de se produire pour laisser passer cette grosse tête fœtale. Cet accouchement dystocique n'a d'ailleurs pas eu de suites fâcheuses pour cet enfant et, à sa sortie de l'hôpital, au bout de 8 jours, il avait augmenté de 80 gr. La femme se réveilla presque de suite, reprit connaissance et resta seulement sous le coup d'une ivresse gaie. Les suites de couches furent absolument normales.

A peine cet accouchement dystocique était-il terminé que nous eûmes l'occasion d'expérimenter l'éther sur un autre également dystocique. A dix heures entra à l'hôpital une femme avec une présentation de l'épaule et une main hors de la vulve. Elle avait de plus une procidence du cordon. Cette main hors de la vulve et ce cordon procident existaient depuis midi et plusieurs tentatives de version avaient échoué. Le palper était impossible étant donné l'état des contractions permanentes de l'utérus. M. le docteur Lautard ayant introduit sa main dans les voies génitales constata que le col était très serré et ne permettait pas d'arriver dans la cavité utérine. La présentation était très engagée et ne pouvait pas être soulevée. La version étant impossible dans ces conditions, on décida de faire une embryotomie par la décollation. La femme fut éthérisée à fond. La main introduite de nouveau dans les voies génitales ne pût atteindre le cou du fœtus, la présentation étant celle du tronc tout-à-fait franche. On renonça à la décollation pour faire place à l'éviscération. Dès que le perforateur entama le gril costal, on s'aperçut que la matrice, très fortement tétani-

sée, se mit à se relâcher et la version s'exécuta très facilement. La femme se réveilla calme et paisible.

L'anesthésie avait produit de bons résultats dans ces deux accouchements. Dans le premier, elle avait, peut-être, sauvé l'enfant, qui serait sans doute mort par la longueur du travail. Dans le second, la femme se trouvait dans les conditions voulues pour être infectée ; l'enfant était mort depuis longtemps et certainement l'air avait pénétré pendant les tentatives de version qui avaient été faites. L'anesthésie ayant permis d'extraire le cadavre fœtal avait, par suite, enlevé la cause d'infection. La femme eut, en effet, des suites de couches absolument normales.

II

BONS EFFETS RECUEILLIS DANS LES DIFFÉRENTES OBSERVATIONS

Dans la première observation nous avons remarqué que la tête était descendue rapidement à la vulve, mais s'était alors arrêtée, et le forceps fut nécessaire pour la dégager. Dans la deuxième observation, la matrice, avons-nous dit, était tétanisée, mais au bout d'un certain temps elle se relâcha. Nous pouvions ainsi déjà presque conclure que l'éther excitait d'abord les contractions et finissait ensuite par les abolir.

D'autres observations, au nombre de quarante, nous confirmèrent dans la suite ces conclusions. Encouragé, en effet, par les bons résultats obtenus, nous avons souvent, depuis lors, employé l'éther, et chaque fois nous avons eu à nous en féliciter. Nous ne rappellerons que les plus caractéristiques et dont les résultats sont les plus manifestes.

L'Observation XXIX nous montre une jeune primipare de 19 ans, chez laquelle la dilatation n'avait pas varié depuis plusieurs heures, malgré de violentes douleurs. L'utérus était tétanisé et semblait être sous l'action de l'ergot. Le matin même, une autre femme, présentant les mêmes symptômes, avait eu un long travail, malgré un fœtus de petit volume. Ce fœtus était mort à sa sortie (asphyxie blanche des auteurs).

Redoutant cette issue fatale, on éthérise la femme et, aussi-

tôt, les contractions se font plus énergiques, mais intermittentes.

Au bout de moins d'une heure, on dégage avec le forceps un fœtus volumineux, vivant, mais paraissant avoir souffert. Il est à peu près certain qu'il aurait eu le sort de celui du matin, si le travail avait été laissé à ses propres ressources. La femme aurait continué à souffrir inutilement, et ses chances de mauvaises suites de couches auraient augmenté. Peu de temps après, l'observation XXXVI nous montre un exemple semblable. La femme en question était aussi une jeune primipare chez laquelle, malgré les douleurs incessantes, la dilatation était toujours égale à 0,50 c. Au bout de douze heures, voyant l'inutilité de ses souffrances, on éthérise la parturiente. On procède à la dilatation manuelle, et, 1 heure 1/4 après, l'accouchement était terminé. Cette femme avait donc accompli, dans un si court laps de temps, presque sans souffrances, le travail pour lequel les douleurs incessantes de la journée avaient été vaines.

Le relâchement de la fibre utérine, obtenu par l'éther dans l'Observation II, déjà relatée, a été constaté dans d'autres observations, malgré des utérus tétanisés et des cols rigides. Ce relâchement a permis souvent l'introduction des branches du forceps entre la tête et le col. La rigidité anatomique a cessé dans l'Observation XXV et la tétanie dans d'autres plus nombreuses. L'Observation XXXIX nous montre une femme possédant un bassin oblique ovalaire affectant la forme représentée par la *fig.* 3. La concavité formée par l'articulation sacro-iliaque gauche a permis l'introduction d'une branche du forceps ; mais malgré cette concavité, la branche n'aurait pas pu glisser si la fibre utérine n'avait pas été relâchée. Ce relâchement permet l'introduction très facile de la main dans la cavité utérine;

cette main saisit très aisément un pied et exécute commodément la version.

Nous venons de voir les heureux effets de l'éther dans les cas de tétanie et de rigidité du col. Cet agent thérapeutique se montre également d'une grande puissance lorsqu'il s'agit de têtes volumineuses et de bassins rétrécis. C'est ce que prouvent les faits suivants :

Le 25 octobre 1897 entra à l'hôpital une femme ayant un diamètre promonto-pubien de 7 1/2. Cette parturiente, qui en était à sa troisième grossesse, avait eu une première fois un accouchement avant terme, et la deuxième fois un enfant mort après un travail long et pénible. La tête ne s'engageant pas et restant mobile au détroit supérieur, on décide d'intervenir, afin d'éviter à l'enfant le malheureux sort de ses aînés. Deux applications de forceps sont tentées inutilement et font suite à une version qui s'exécute très facilement, étant donné le relâchement complet de la fibre utérine. Tous ces faits sont amplement relatés dans l'Observation XXVIII.

Quelques jours après, arriva une autre femme (observ. XXX) ayant un diamètre promonto-pubien égal seulement à 7. Le forceps étant jugé inutile et même dangereux, à cause de l'élévation de la tête, on fait la version après éthérisation. L'utérus, qui était tétanisé, se relâche complètement et permet la sortie du fœtus tout entier, sauf la tête. Cette dernière, ayant un diamètre bipar. de 9, est extraite après de grands efforts, mais le fœtus ne peut être appelé à la vie.

Dans les deux cas que nous venons de signaler, beaucoup se seraient décidés à faire une basiotripsie. Dans l'observation XXVIII, le fœtus avait comme diamètre bipar. 8 1/2, supérieur d'un centimètre au promonto-pubien de la femme. Malgré cette différence, l'enfant était sorti vivant et on n'avait qu'à se féliciter d'avoir évité l'opération mutilatrice. Dans l'observation XXX, l'enfant avait fini par mourir, mais la diffé-

rence entre les diamètres maternel et fœtal était de 2 cent. Il ne fallait pas, cependant, regretter la détermination prise parce que l'enfant avait des chances de survie et que la basiotripsie est une opération répugnante et même dangereuse pour la mère.

Tous ces faits, nous objectera-t-on, sans doute, ont été toujours observés par les mêmes opérateurs et les mêmes assistants. Une opération semblable a eu lieu en présence de trois médecins de Nice, étrangers à l'hôpital.

Le 17 janvier 1898, arriva une femme avec un bassin rétréci inférieur à 7 cent. Chacun des trois médecins avait successivement, à des heures différentes, tenté une application de forceps. Ils avaient, chaque fois, opéré sous le chloroforme et n'avaient pas pu réussir. C'est après avoir subi ces trois tentatives, que la femme, épuisée, n'en pouvant plus, arrive à l'hôpital pour que son cadavre fœtal subisse l'opération mutilatrice. On éthérise la femme, et on tente l'application du basiotribe de Tarnier. Le perforateur pénètre assez aisément dans la boîte crânienne. La première branche est aussi placée très facilement et le petit broiement se produit. En tirant pour voir si la prise était solide, le basiotribe dérape. L'un des trois médecins présents conseille alors un forceps. Après plusieurs tentatives inutiles, M. le docteur Lautard dit aux trois médecins présents : « Si nous essayions la version ? » L'un d'eux répond, avec un sourire presque moqueur et surtout sceptique : « Essayez, vous verrez bien ». Le forceps mutilateur est enlevé. On tire facilement les pieds, les hanches, le tronc et les épaules. Une simple manœuvre de Mauriceau dégage sans difficulté la tête dernière. Cette tête avait été perforée, ainsi que nous l'avons dit plus haut. L'un des pariétaux avait été fracturé, mais la base était intacte. On aurait donc pu essayer la ver-

sion, peut-être avec succès, au moment de la première tentative de forceps. (V. Obs. XXXVIII).

Ce relâchement de la fibre utérine n'a pas été toujours constaté par le même opérateur. Le 6 février 1898, arriva à l'hôpital une femme avec une présentation de l'épaule et une main hors de la vulve. Notre ami Salémi, interne-adjoint, tente la version; mais il éprouve de la difficulté pour l'introduction de la main, à cause de la tétanie de l'utérus. On éthérise la femme, et la difficulté disparaît. La main pénètre très aisément dans la cavité utérine, saisit un pied et exécute la version (Obs. XL).

Voyons maintenant les heureux effets de l'éther dans les cas de têtes volumineuses. Le 6 janvier, une femme souffrait depuis longtemps et, malgré un palper minutieux, on n'avait pas pu faire le diagnostic, l'utérus étant absolument rigide. La dilatation et la rupture de la poche avaient permis de diagnostiquer une présentation du siège. La femme fut éthérisée à fond et lorsque l'anesthésie fut complète, le relâchement de la fibre utérine permit de constater une tête volumineuse d'hydrocéphale, ainsi qu'en témoigne la *fig.* 1. Le fœtus fut retiré en entier, sauf la tête, par des tractions manuelles. On tente vainement sur cette dernière la manœuvre de Mauriceau: On procède à la décollation et on essaie de placer le basiotribe. On fait la perforation et, après avoir placé la première branche, on peut dégager la tête en respectant aussi la base (*fig.* 2).

Ce dernier cas est le seul où l'anesthésiée ait succombé. L'autopsie justifie amplement le diagnostic d'infection par nécrose anatomique. L'éther ne pouvait enlever ces tissus mortifiés, pas plus qu'il ne les avait produits. Il a permis également de poser le diagnostic qui aurait pu rendre des services s'il avait été fait plus tôt. Une intervention plus précoce aurait, en effet,

empêché cette nécrose occasionnée par le séjour prolongé d'une tête volumineuse.

On nous dira peut-être que le chloroforme aurait produit les mêmes effets. Deux observations similaires prouvent le contraire. La première a trait à une femme soignée en premier lieu par une vieille accoucheuse, qui lui avait administré 4 gr. de seigle ergoté. L'accouchement ne se faisant pas, elle fait appeler un médecin, qui tente inutilement la version. Un second l'essaye de nouveau après la chloroformisation poussée à bout. On est obligé d'essayer une troisième tentative, qui ne réussit que plusieurs heures après, alors que la tétanie avait cessé par les seules forces de la nature et que la malade était presque morte, par suite de la longue chloroformisation. La rigidité du col persista encore et la délivrance ne put se faire qu'une heure après. On nous dira, sans doute, que cette femme était dans des conditions particulières, à cause de la dose d'ergot absorbée. Une autre femme, qui déclarait n'avoir pas absorbé de médicament et n'avait pas vu, d'ailleurs, de sage-femme, présenta les mêmes difficultés. On parvient cependant à saisir un pied ; mais alors les efforts doivent être considérables pour dégager les hanches, et les deux accoucheurs de l'hôpital, doués cependant d'une grande force, doivent se relayer, afin de pouvoir prendre haleine. La manœuvre de Mauriceau est tentée inutilement, et une application de forceps sur la tête dernière est nécessaire pour achever l'extraction du fœtus. Ce fœtus était cependant malingre et n'avait pas le volume de ceux relatés dans des cas semblables à certaines des observations relatées plus loin.

III

FAÇON D'AGIR QUI NOUS A DONNÉ DE BONS RÉSULTATS

Nous avons montré les nombreux avantages de l'anesthésie à l'éther dans la pratique obstétricale. Toutes les fois que l'intervention a été nécessaire, elle a été facilitée et la femme a été exempte de douleurs. Les interventions les plus variées (forceps, version, tétanie, inertie) ont bénéficié de son application. Nous devons maintenant indiquer notre façon d'appliquer qui nous a produit de si bons résultats.

Le masque de Juliard, relaté dans tous les traités de thérapeutique, nous a toujours servi. Dans les nombreuses anesthésies chirurgicales que nous avions faites dans le service de M. le professeur Forgue, nous avions remarqué que les doses massives du début produisaient les meilleurs résultats. Notre conduite dans les anesthésies obstétricales a été toujours la même. Nous versions au début trente à quarante grammes d'éther dans le masque, et, avant que l'évaporation eut pû se produire, nous l'appliquions sur la figure de la parturiente. Nous avions soin d'obturer avec la main tous les orifices par où l'air aurait pu pénétrer, et comme le masque était recouvert de taffetas ciré, la femme était absolument bloquée. La plupart du temps il en résultait un sommeil tranquille, agrémenté seulement d'un léger ronflement. Quelquefois la femme se mettait à crier et à s'agiter ; mais en prévision de cela, deux infirmières étaient chaque fois spécialement chargées de

maintenir l'immobilité des membres. A son réveil, l'anesthésiée, interrogée sur les motifs de ses cris, déclarait qu'elle ne se souvenait de rien et qu'elle avait perdu connaissance sitôt que le masque avait été placé sur sa figure. Quelquefois, cependant, elle accusait une sensation d'étouffement, qui disparaissait au bout de quelques secondes. Le réveil était toujours calme et paisible, surtout quand on avait soin d'enlever progressivement le masque. L'enlèvement trop brusque surprenait quelquefois et provoquait des vomissements ou de la gêne respiratoire.

Les anesthésies difficiles s'étaient souvent remarquées dans les opérations chirurgicales chez les vieux alcooliques. Mais les parturientes, femmes jeunes encore et chez lesquelles l'éthylisme n'avait pas encore exercé ses ravages, s'endormaient très facilement. Après avoir obtenu la résolution, il nous arrivait souvent de confier le masque à une infirmière et nous pouvions ainsi venir directement en aide à l'opérateur. Une telle conduite aurait été impossible avec le chloroforme. La surveillance est, en effet, plus facile avec l'éther, car il suffit de faire attention à la respiration, qui est toujours un peu sonore. Le chloroforme, au contraire, nécessite une surveillance de tous les instants.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels Lucas-Championnière, ont objecté que l'anesthésie à l'éther nécessitait une instrumentation spéciale. Nous répondrons que tout médecin prévoyant appelé auprès d'une femme en couches emporte son forceps. L'addition à cet instrument très embarrassant d'un masque de Juliard n'est pas bien considérable. Ce masque est surtout d'autant moins embarrassant depuis la modification apportée par M. le professeur Forgue. Cette modification consiste à le rendre pliant, au moyen d'un mécanisme spécial, de telle façon qu'il n'occupe pas plus de place qu'un journal.

IV

HISTORIQUE

Éther. — Après avoir fait un certain nombre de ces anesthésies, nous fûmes curieux de rechercher si l'éther, actuellement si abandonné en obstétrique, avait été autrefois en honneur. Nous trouvâmes quelques observations en France, en Allemagne, en Amérique et en Angleterre. Dans cette dernière contrée, c'était *Simpson* qui relatait plusieurs anesthésies obstétricales avec d'heureux résultats. A peine les découvertes de *Jackson* eurent-elles franchi l'Atlantique, que l'accoucheur anglais s'empressa d'en faire profiter les femmes en couches.

Le 19 janvier 1847, il employa l'éther pour la première fois et, dans le courant du mois de février, après plusieurs tentatives heureuses, il établit dans une communication faite à la Société obstétricale d'Edimbourg les bases de l'anesthésie dans les accouchements.

Il commençait par citer, avec un enthousiasme qui n'avait rien de britannique, les vers de son compatriote Shakespeare :

« Ni le pavot, ni la mandragore, ni tous les assoupisssants » breuvages du monde ne te feront prendre un sommeil si » doux (1) ».

---

(1) Not poppy, nor mandragora,
Nor all the drowsy syrups of the world
Shall ever medicine thee to such sweet sleep.

Voici maintenant sa communication traduite par *C.-J. Campbell*, ancien interne de la Maternité de Paris, et publiée dans l'*Union médicale* (1847, p. 120) :

« Dans ces derniers temps, de nouveaux faits sont venus » révéler ce que de nombreux faits nous confirmaient tous les » jours : le pouvoir que possède l'inhalation de l'éther sulfu- » rique de douer d'une insensibilité plus ou moins complète la » plupart des individus qui sont soumis à son influence, pen- » dant les plus douloureuses opérations de la chirurgie. Mais » pendant que l'usage de cet agent prenait, entre les mains de » nombreux chirurgiens, une extension considérable, je ne » sache pas que personne ait essayé d'en faire l'application à » la pratique des accouchements. J'ai donc lieu d'espérer que » les remarques suivantes sur l'emploi de l'éther en obstétri- » que, si hâtées et imparfaites qu'elles soient, ne seront pas » sans quelque intérêt dans les circonstances actuelles.

» Depuis un mois, j'ai eu l'occasion d'employer l'inhalation » de l'éther dans un cas de version d'abord; puis dans des cas » où l'on eut à se servir du long forceps et du forceps court; » enfin, dans des circonstances où le travail était naturel et » n'exigeait en aucune façon l'intervention spéciale de l'art ».

Il cite alors, tout au long, ces observations, et après avoir constaté la persistance des contractions, malgré l'insensibilité, il ajoutait :

« Il faudra sans doute rassembler avec soin des observa- » tions authentiques et prudemment faites avant que l'inhala- » tion de l'éther sulfurique ne soit généralement adoptée dans » la pratique des accouchements. Il sera nécessaire de recon- » naître les effets précis de cet agent à la fois sur l'action » utérine et sur la synergie des muscles abdominaux, son » influence sur l'enfant, si tant est qu'il en exerce ; il faudra » voir s'il prédispose aux hémorragies ou à d'autres compli- » cations ; il faudra poser les contre-indications propres à lui,

» dire quel est le mode d'administration le plus efficace, et » l'espace de temps pendant lequel on pourra l'employer ».

En parcourant notre travail, le lecteur peut se convaincre que nous avons suivi les indications de l'accoucheur anglais, sans nous douter qu'il les avait posées.

Bouisson relate ainsi dans sa *Méthode anesthésique* (p. 466) l'application de l'éther par les principaux accoucheurs : « Le » 30 janvier 1847, M. Fournier-Deschamps, de Paris, écrit à » la *Gazette des hôpitaux* qu'il a employé l'éther avec succès » dans un cas d'application de forceps. Le 23 février, M. Paul » Dubois communique à l'Académie de médecine le résultat de » ses expériences. Le 5 et le 10 mars, M. Stoltz, de Stras- » bourg, emploie l'éther dans un cas de version et dans un » accouchement naturel. Vers la même époque, M. Eugène » Delmas en fait l'essai à la clinique obstétricale de Mont- » pellier. Puis, les observations se multiplient en se diversi- » fiant. Siebold expérimente l'éther à Gœtingue. M. Jungmann, » à Prague, fait employer cet agent sous sa direction. M. Pro- » theroe Smith reproduit, à Londres, la pratique déjà adop- » tée à Edimbourg. De nouveaux faits sont recueillis en » France, par MM. Chailly (1), à Paris; Colrat, à Lyon; » J. Roux, à Toulon ; Villeneuve, à Marseille ; Malle, à Alger ».

La communication du professeur Paul Dubois, devant l'Académie de médecine, le 23 février, a trait à cinq observations. Quoiqu'il ne cite aucun cas malheureux du fait même de l'éther, il conclut néanmoins à son rejet et termine ainsi sa communication : « M. Velpeau avait exprimé l'espérance que » l'emploi de l'éther serait favorable dans les cas de contrac- » tions tétaniques, pathologiques de l'utérus ; les faits précé- » dents doivent faire perdre cette espérance ; l'éther, on l'a

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine,* t. XII, p. 442.

» vu, n'a aucune espèce d'influence sur les contractions uté-
» rines ».

Le 27 mars de la même année, *Stoltz* publia, dans la *Gazette de Strasbourg*, l'observation où il employa l'éther dans un accouchement ayant nécessité la version. Après avoir rapporté tout au long l'observation, il terminait en disant : « Je crois pouvoir tirer de ce fait la conclusion principale que » l'éthérisation ne fait pas cesser la résistance que la matrice » oppose à l'introduction de la main dans sa cavité et ne faci- » lite ni la version, ni l'extraction du fœtus ».

Nous sommes arrivé, comme on l'a vu, à des résultats différents, mais c'est avec quarante observations et non pas cinq, comme Dubois ou l'unité comme Stoltz. Notre opinion est que dans le cas unique cité par le professeur de Strasbourg l'anesthésie n'avait pas été suffisamment poussée. C'est aussi l'opinion de Bouisson, qui s'exprime ainsi : (1) « N'est-il pas rationnel » d'attribuer l'augmentation de contractilité remarquée par » M. Stoltz à la stimulation produite par le premier degré de » l'anesthésie, stimulation qui se communique même aux » muscles de la vie organique, puisqu'on voit les battements » du cœur s'accélérer? M. Stoltz, lui-même, prend soin de » rappeler, en terminant son observation, que l'éther n'avait » pas plongé complètement la femme dans le sommeil de » l'ivresse. L'anesthésie était donc incomplète et la contrac- » tilité utérine pouvait être accrue. Si l'anesthésie est portée » à un degré un peu plus avancé, comme dans les faits de » MM. Simpson et Paul Dubois, la sensibilité est entièrement » engourdie, mais la contractilité de l'utérus s'exprime avec » son caractère normal et agit efficacement pour expulser » le fœtus. Que l'éthérisation devienne plus profonde, qu'elle

---

(1) *Méthode anesthésique*, p. 476.

» arrivé à la fin de la première période ou au commencement » de la seconde, l'action stupéfiante s'étend jusque sur les » organes internes et peut concourir à la paralysie temporaire » de l'utérus, comme on le voit dans les observations de » MM. Bouvier (1) et Siebold (2) ».

Chloroforme. — Mais toutes ces éthérisations ne durèrent que dans le courant de l'année 1847. Le chloroforme fait bientôt son apparition et relègue au second plan l'éther, dont l'abandon est général. *Simpson* le premier jette le cri d'alarme et sonne la charge contre son allié de la veille. Le 4 novembre 1847, il fait sa première chloroformisation en compagnie de Krith et Duncan et, six jours après, il dit à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg :

« Two agents have the power of producing anæsthesia » during labour : the inhalation of sulphuric ether, and the » inhalation of chloroform. With most, if not all, of my pro- » fessional brethren, I believe that the latter agent possesses » various important advantages over the former, particulary » in obstetric practice ; and that, in particular, it is far more » portable ; more manageable and powerful ; mor agreable to » inhale ; is less exciting than ether ; and gives us far greater » control and command over superinduction of the anæsthetic » state ».

Je donne ici la traduction de ce passage :

« Deux agents ont le pouvoir de produire l'anesthésie pendant le travail : l'inhalation d'éther et l'inhalation de chloroforme. Avec la plupart de mes confrères, si ce n'est avec tous, je crois que ce dernier agent possède divers avantages importants sur le premier, particulièrement dans la pratique obsté-

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XII, p. 453.

(2) *Neue Zeitschr. für Geburtsk.*

tricale. Il est, par exemple, plus transportable, plus maniable et plus puissant ; plus agréable à respirer, il est moins excitant que l'éther, nous donne un plus grand contrôle et nous permet une surveillance plus attentive de l'état de l'anesthésie (1)».

Si le chloroforme est plus transportable et plus maniable que l'éther, c'est un avantage qui ne favorise que l'opérateur, et nullement la malade. Le médecin, en général, et l'accoucheur en particulier, doit toujours s'effacer devant les malades qu'il lui faut traiter. Le chloroforme est certainement plus puissant et tellement même, qu'il entraîne souvent la mort de la malheureuse victime qui est obligée de s'y soumettre. Le chloroforme est sans doute plus agréable à respirer, mais cette raison ne doit nullement pencher dans la balance pour le choix de l'accoucheur. La thérapeutique nous indique, en effet, beaucoup de remèdes très désagréables au goût et qu'on ordonne cependant tous les jours, parce qu'on en connaît les bons résultats. L'excitation par l'éther est rare, et n'exerce aucune influence néfaste. Malgré les affirmations contraires de Simpson, nous pouvons dire que l'éther donne un plus grand contrôle et nous permet une surveillance plus attentive de l'état de l'anesthésie. Le chloroforme ne donne qu'une respiration insignifiante et qu'il est très difficile de surveiller par la vue et par l'ouïe. L'éther, au contraire, provoque toujours une respiration bruyante, qui soulève, en même temps, la cage thoracique d'une façon très prononcée.

Depuis lors, on usa et on abusa du chloroforme. Le 7 avril 1853, la reine Victoria d'Angleterre bénéficia de l'anesthésie et, dès lors, le chloroforme à la reine fit fortune.

Les médecins français et belges furent loin de partager complètement l'enthousiasme des accoucheurs anglais, alle-

---

(1) Simpson, *Obstetric works*, p. 599.

mands ou italiens. Ils avaient remarqué que le chloroforme procurait souvent des hémorragies ; mais ils n'avaient pas su en préciser les motifs. Nous indiquons plus loin la cause de ces hémorragies, qui n'auraient pas eu lieu avec l'éther, et le docteur Graux n'aurait pas pu dire au sein de l'Académie belge sans soulever d'opposition : « L'obstétrique devra peu de cho-» ses au chloroforme, la femme est condamnée à enfanter dans » la douleur ».

Cet abandon de l'anesthésie de la part des accoucheurs français eut surtout pour origine les conclusions de P. Dubois. Malgré les cinq succès dont nous avons parlé, il disait : « Si » l'on me demande maintenant ce que je pense de cette appli-» cation, je dirai que je ne crois pas que, dans l'état actuel, les » inhalations soient applicables, au moins d'une manière géné-» rale, à la pratique des accouchements ». Ce qui lui valut cette exclamation de Malgaigne : « A mes yeux, il y a une » distance infranchissable, une sorte d'abîme entre les con-» clusions scientifiques et les conclusions pratiques de la » communication de M. Dubois ».

M. Joulin, dans son *Traité d'accouchements,* dit aussi, à propos des conclusions de M. P. Dubois : « Cette condamna-» tion singulière, car elle n'était basée que sur des succès, en » petit nombre à la vérité, a pesé en France sur l'avenir de » l'anesthésie, de toute l'autorité de celui qui l'a formulée. Les » élèves de P. Dubois sont restés sous le coup de sa parole, et » ont accepté le jugement sans chercher à en appeler à l'expé-» rience ». Le maître avait parlé, *magister dixit,* on devait donc se taire. Ce silence fut général, à part de rares exceptions. Parmi ces exceptions, nous devons saluer au passage la thèse de M. le docteur Laussel, soutenue à Montpellier en 1866.

Expérimentation. — Voyant les résultats de ces observations personnelles ou étrangères, nous décidâmes de les

contrôler par l'expérimentation. Nous avions été surtout frappé de la différence des résultats obtenus par les deux anesthésiques touchant le relâchement de la fibre utérine. Tandis qu'avec l'éther on obtenait un relâchement absolument complet, les contractions persistaient malgré les doses massives de chloroforme administré. Une observation semblable avait été faite par Paul Dubois qui, d'après le témoignage de M. Liégard, de Caen, *n'avait jamais pu obtenir l'inertie de la matrice même quand il la recherchait en poussant la chloroformisation jusqu'à ses dernières limites* (*Gazette des Hôpitaux*, 1859, pag. 94).

Avant que nous ayons pu exécuter ces expériences projetées, faute d'une chienne pleine, nous trouvâmes, sur la *Semaine médicale* du 26 février 1898, un article rendant compte d'expériences semblables. Ces expériences avaient fait l'objet d'un travail publié par M. Hensen, de Kiel, dans les *Archives für Gynækologie*, LV, 1. Cet auteur allemand, disait l'article, concluait à la supériorité de l'éther sur le chloroforme. Voulant nous rendre compte, par nous-même, nous consultâmes le numéro en question du *Für Gynækologie*. Aidé de notre camarade et ami Fuster, nous traduisîmes les principaux passages de ce travail. L'auteur indiquait les expériences qu'il avait faites sur des femmes en travail, après introduction d'un ballon dans le col. Il était arrivé, grâce aux indications d'un manomètre enregistreur, aux conclusions suivantes :

« 1° La morphine, à la dose de 0,5 à 2 cent., est sans » influence sur la contraction ou sur la pression abdominale;

» 2° L'éther cause, après une ou deux minutes, un impor- » tant affaiblissement dans la marche du travail, par ce fait » que les douleurs sont diminuées et les intervalles (les pauses) » allongés ;

» 3° Après l'enlèvement de l'éther, les contractions se repro- » duisent au bout de 5 à 20 minutes ;

» 4° La pression abdominale diminue dans l'anesthésie par » l'éther.

» Le résultat de ces recherches, ajoute l'auteur, me montre » l'importance pratique de l'éther.

» Si, comme l'a trouvé Dohnhoff, les contractions sont » abaissées par le chloroforme comme par l'éther, celui-ci a » l'avantage que les contractions reviennent plus tôt avec leur » force première, tandis qu'avec le chloroforme, l'action pré- » judiciable peut s'étendre pendant une et même deux heures.

» Dans la plupart des opérations obstétricales qui réclament » l'anesthésie, comme la version ou le forceps, suivies de » l'extraction, il est à souhaiter qu'immédiatement après, les » contractions se reproduisent.

» Nous pouvons espérer de cette étude que l'emploi de » l'éther dans la pratique de la version permettra de voir les » contractions énergiques suivre cette manœuvre.

» De même, on doit rapporter au chloroforme l'atonie » utérine, suivant bien souvent les applications de forceps et » alors, par l'emploi de l'éther, beaucoup d'hémorragies seront » évitées ».

OBSERVATIONS

Observation Première

Présentation de la face

Virginia M..., 28 ans, primipare. Entrée à l'hôpital le 24 mars, à sept heures, avec une dilatation supérieure à 5 francs. La poche des eaux était intacte. Au palper et au toucher, on constate une présentation de la face en MIGA. Les bruits du cœur étant un peu obscurs, M. le docteur Lautard se décide à rompre la poche des eaux à 8 heures 1/4. Les eaux s'écoulent teintées de méconium. Le toucher fait constater la mobilité de la présentation et un promontoire accessible. Le diamètre maximum promonto-pubien sans déduction mesure 9 cent. 1/2. On décide, pour hâter l'accouchement, d'intervenir par le forceps et on éthérise la femme. On donne l'éther jusqu'à ce que l'anesthésie soit complète, ce qui a lieu au bout de 3 minutes 1/2. A ce moment-là, la tête se trouve à la vulve en mento-pubienne. Une simple application directe du forceps suffit pour dégager la tête. L'enfant sort *vivant*, sans *bosse séro-sanguine*, sans *ecchymose* et sans la *laideur* caractéristique de la présentation de la face.

La délivrance se fait normalement par expression, la femme se réveille presque de suite, reprend connaissance, et reste seulement sous le coup d'une ivresse gaie.

Diamètres fœtaux : OM 14 cent.; Bi P. 9 ; grande circonférence, 37 ;

Poids du fœtus, 3,390 gr.; placenta, 420 ; poids de l'enfant à sa sortie de l'hôpital, 3,470.

Observation II

Présentation de l'épaule (version)

Marie M..., 27 ans, primipare ; dernières règles, 22 juillet. Entrée le 24 mars à l'hôpital, à 10 heures du soir, avec un membre procident ainsi que le cordon. Cette procidence existe depuis midi, et plusieurs tentatives de version ont échoué. Le palper est impossible, étant donné l'état des contractions permanentes de l'utérus.

M. le docteur Lautard introduit sa main dans les voies génitales et constate que le col est très serré et ne permet pas d'arriver dans la cavité utérine. La présentation est très engagée et ne peut être soulevée. La version étant impossible dans ces conditions, on décide de faire une embryotomie par la décollation. La femme est éthérisée à fond. La main, introduite de nouveau dans les voies génitales, ne peut atteindre le cou de l'enfant, la présentation étant celle du tronc, tout à fait franche. On renonce à la décollation pour faire place à la l'éviscération. Dès que le perforateur entame le gril costal, on s'aperçoit que la matrice, très fortement tétanisée, se relâche, et la version s'exécute très facilement. Le fœtus sort avec une bosse séro-sanguine, occupant toute la région thoracique droite. La femme se réveille, calme et paisible. La paroi vaginale antérieure se présente de couleur noirâtre, ecchymotique, par infiltration sanguine. Le cathétérisme urétral donne des urines sanguinolentes.

Poids du fœtus, 2,010 gr. ; placenta, 450. Séjour, 8 jours.

Observation III

Bassin rétréci, dépression sur le pariétal (forceps)

Marie G..., 26 ans, journalière. Entrée à l'hôpital le 27 mars avec une dilatation de 0.50 c. Dernières règles le 10 juillet. La dilatation s'est faite progressivement jusqu'à 8 h. 1/2, où elle a été complète. La poche des eaux est alors rompue artificiellement, et le liquide amniotique

s'écoule teinté de méconium. A partir de ce moment les contractions sont rares et les battements du cœur du fœtus, qui étaient à 120, tombent à 90 à 11 heures. M. le docteur Lautard constate alors une présentation en OIGP. L'éther est administré et la femme est anesthésiée au bout de deux minutes et demie. Le forceps est appliqué sur la tête à peine engagée. La rotation s'opère normalement et une seconde application est faite en OIGA. Les contractions utérines, qui étaient presque nulles, paraissent revenir et favorisent cette rotation. La seconde application suffit à dégager la tête et les épaules avec une légère déchirure périnéale. La délivrance artificielle est faite après introduction de la main dans les voies génitales.

Le fœtus en naissant porte sur le pariétal postérieur, une dépression assez prononcée produite par le promontoire.

Longueur du fœtus, 53 cent. ; SOBr., 9 1/2; SOM., 14 1/2 ; gr. circ. 34 1/2 ; bi par. 9 ; bi mal 7.

Poids du fœtus 3.370 gr ; poids du placenta 590 gr. ; séjour 12 jours.

Observation IV

Syphilis, présentation du siège (extraction manuelle).

Emilie A..., 21 ans, couturière. Entrée à l'hôpital le 28 mars à 11 heures du soir, avec une dilatation de 2 francs. Au toucher, on constate que malgré la dilatation sus-indiquée, le col n'est pas effacé. Entre l'orifice externe et l'orifice interne existe un canal dans lequel se trouve la poche des eaux. Les parois de ce canal sont très rigides et le bord de l'orifice externe est inextensible. On arrive avec beaucoup de difficultés sur la présentation qui est très mobile et on constate une SIGA. Les manœuvres exploratrices font crever la poche des eaux qui se vide, fortement teintée de méconium. Les bruits du cœur du fœtus ne sont plus perceptibles ; la femme se plaint et les organes génitaux laissent écouler une certaine quantité de sang. On pratique l'anesthésie à l'éther pendant laquelle la femme est prise de vomissements alimentaires. L'éther employé jusqu'à ce moment n'était pas chimiquement pur ; on le remplace, et les vomissements ne reparaissent plus. M. le docteur Lautard introduit la main dans

les voies génitales et constate alors que le col devient plus souple et se laisse facilement dilater, permettant la saisie d'un pied. Amené au dehors, on constate que le fœtus est mort et macéré. Ce détail joint à la grosseur du placenta, à l'accouchement prématuré et aux signes physiques que présente la femme, font conclure à une SYPHILITIQUE.

Poids du fœtus 2.000 gr.; poids du placenta 450.

Durée du travail 10 h. Pas d'albumine. Séjour, 13 jours.

Observation V

Forceps, dégagement en occ.-sacrée

Maria C..., 24 ans. Entrée à l'hôpital, le 25 mars, au terme de sa grossesse, elle n'a alors rien présenté d'anormal. Vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, un œdème sus-pubien s'est formé dans les vergetures. La femme a ressenti les premières douleurs, le 29 mars, à onze heures du soir. Le 30 mars, à neuf heures du matin, la dilatation était de 0 50 c. Sondée à ce moment-là, son urine contenait une certaine quantité d'albumine. La dilatation s'est faite régulièrement et progressivement jusqu'à 4 heures, où elle était complète. La poche des eaux était déjà rompue depuis longtemps, et la tête volumineuse du fœtus s'engageait dans le détroit supérieur en OIGP et bouchait son orifice. Une bosse séro-sanguine très volumineuse rendait très difficile la recherche des fontanelles. La tête restant au détroit supérieur, les bruits du cœur devenant de plus en plus rares, on se décide, à 8 heures 1/2, à faire une application de forceps. La femme est éthérisée à fond et les contractions qui étaient très faibles et éloignées depuis 4 heures deviennent plus énergiques et plus rapprochées. Le forceps appliqué dégage la tête en occipito-sacrée. La présentation, arrivée à la vulve, sous une forte contraction utérine au moment des tractions, détermine une déchirure périnéale non complète mais très haute. La délivrance est faite par expression ; mais une forte hémorragie provenant d'une artère hémorrhoïdale se déclare et met en danger les jours de la femme. La compression persévérante et la ligature finissent par arrêter cette hémorragie.

L'enfant respirait très mal, et on a été obligé de lui faire des insufflations. Cet enfant présentait, en outre, une dépression sur le pariétal postérieur.

La femme présente des signes de rachitisme : lèvres épaisses, dents crénelées, le diamètre bi-malaire très développé, bassin plat.

Suite de couches : l'albumine a disparu au bout de 48 heures.

Diamètres fœtaux : SOBr. 13 cent. ; OF. 11 1/2 ; SOM. 14 1/2 ; Bi P. 9 1/2 ; Bi M. 7 1/2 ; Bi T. 8 ; Grande circ. 36 1/2.

Poids du fœtus : 3,370 gr. ; placenta : 550.

Observation VI

Main à la vulve (version)

Félicie P..., 36 ans, blanchisseuse. Entrée à l'hôpital, le 12 mai, à 7 heures, avec un avant-bras gauche hors de la vulve. Dernières règles le 15 septembre. Elle a commencé à ressentir les premières douleurs vers 10 heures du soir. Ces douleurs ont été très minimes jusqu'à 3 heures du matin, où la poche des eaux s'est subitement rompue et le membre a exécuté sa sortie. Les douleurs ont alors augmenté d'intensité mais sont restées intermittentes. La sage-femme et le docteur, consultés ensemble, ont décidé d'un commun accord son transfert à l'hôpital. A l'examen, on constate une présentation dorso-gauche postérieure et un enfant mort. On décide de faire la version par manœuvres internes. La femme est, à cet effet, éthérisée à fond. Lorsque l'anesthésie est complète, M. le docteur Lautard introduit facilement sa main dans les voies génitales, la matrice s'étant fortement relâchée ; ce relâchement est surtout caractérisé par le peu de difficulté qu'a nécessité la version malgré les circonstances qui ont accompagné son exécution. Le second bras était sorti et de plus le pied postérieur avait été saisi pendant que l'antérieur enjambait le cordon. Les tractions sur le pied se répercutaient donc sur le cordon et ont produit par suite un décollement prématuré du placenta qui a occasionné une légère hémorragie. La manœuvre de Mauriceau se fait avec facilité et la délivrance s'opère artificiellement. L'hémorragie s'arrête avec une injection d'ergotinine

et la femme se réveille calme et paisible en reprenant de suite connaissance.

Les suites de couches ont été des plus normales. Elle n'a jamais eu la moindre trace d'albumine dans ses urines et le thermomètre est resté au-dessous de 37°.

Observation VII

Souffrance du fœtus (forceps)

Annunziati M... Entrée à l'hôpital le 24 mai, à 9 heures et demie du matin, avec une dilatation égale à 5 francs et une tête élevée dans l'excavation. Les premières douleurs ont commencé le 23 au soir, à 10 heures, et ont été intermittentes pendant toute la nuit.

A 10 heures et demie, la poche bombait à la vulve. M. le docteur Lautard se penche pour mieux la considérer, et subitement elle éclate, et le liquide amniotique, teinté de méconium, est projeté sur sa figure. Le fœtus paraissant souffrir, on décide d'intervenir, et une application de forceps est préparée. La femme est éthérisée à fond, et, au bout de quatre minutes, l'anesthésie était complète, et quand M. Lautard introduisit la main dans les voies génitales pour appliquer le forceps, il constata que la matrice était complètement relâchée. L'application en transverse s'exécuta très facilement et fit sortir un fœtus volumineux avec des circulaires autour du cou. La femme se réveilla calme et paisible.

Diamètres fœtaux : Bi-par. 9 1/2 ; OM. 15 ; SO Br. 9 1/2 ; Bi T. 9 ; Bisacr. 12 1/2 ; poids du fœtus 3,950 gr. ; poids du placenta 790 gr.

Observation VIII

Application de forceps, facilitée par utérus relâché

Louise B..., âgée de 24 ans. Entrée à l'hôpital le 26 mai, à 5 heures du soir. Les douleurs avaient commencé la nuit précédente à la suite d'une chute faite dans un escalier. L'examen pratiqué le matin avait

fait constater une dilatation commençante égale à 1 franc et une poche des eaux rompue. On l'avait autorisée à aller vaquer à ses affaires, et le soir, à 5 heures, à son entrée, malgré les souffrances qu'elle avait endurées, on constata la même dilatation. Cette dilatation progressa très lentement et dura toute la nuit et toute la journée du 27, malgré les moyens employés pour les activer, tels que bains de siège, injections chaudes, etc. Le soir, à 11 heures, la dilatation n'était encore égale qu'à 5 francs, le col était très rigide et l'utérus tétanisé. La main introduite dans les voies génitales, malgré la résistance de la membrane hymen, encore en partie intacte, fait constater une présentation en droite postérieure. L'intervention est décidée et un forceps est préparé. La femme est éthérisée à fond et l'anesthésie est complète après quelques minutes de très fortes agitations.

M. le docteur Lautard put alors introduire facilement sa main, le col et l'utérus s'étant relâchés. Une première application de forceps se fait aisément et permet d'opérer la rotation. Une seconde application directe achève le dégagement. L'enfant était assez volumineux, quoique la grossesse ne fût pas tout à fait à terme. La femme se réveille calme et paisible.

Temp. post-partum 36° ; pas d'albumine ; poids du fœtus 3,120 gr. ; poids du placenta 500 gr.

Diamètres fœtaux : Bi T. 8 ; Bi par. 9 ; Occ. ment. 14 ; Occ. front. 12 ; SO Breg. 11 ; Bi mal. 7 1/2.

Observation IX

Procidence du pied, bassin rétréci (version).

Marie B..., domestique, 28 ans, entre à l'hôpital le 30 mai, à 11 heures du soir, avec de fortes douleurs. La sage-femme de service constata alors une dilatation égale à un franc et une poche des eaux qui bombait fortement. Son urine était trouble, mais ne contenait pas d'albumine.

Les douleurs ont continué toute la nuit, et la dilatation a progressé lentement, n'étant égale, à 6 heures, qu'à 5 francs. A 9 heures 1/4, M. Lautard constate une dilatation presque complète,

une poche des eaux arrivant près de la vulve, et une présentation du sommet avec une procidence et du cordon et d'un pied. La poche des eaux se rompt alors subitement et laisse écouler un liquide plein de méconium.

Le promontoire était également très accessible et le diamètre promonto-pubien mesurait, avec déduction, 6 cent. 1/2. La tête était en transverse, tandis que l'occiput avait tendance à fuir dans la fosse iliaque droite. La réduction du cordon se fait assez facilement ; un pied est alors saisi et on y fait des tractions. Le fœtus est dégagé assez facilement, ne laissant dans l'intérieur que la tête et l'épaule antérieure. M. le docteur Lautard introduit trois doigts pour dégager l'épaule restante ; mais celle-ci, étant enclavée entre la tête et le pubis, se trouve dans l'impossibilité d'évoluer. Après plusieurs tentatives inutiles, on décide de couper le membre à sa racine. On introduit, à cet effet, un crochet dans l'aisselle, et avec le ciseau embryotome on résèque la racine du membre. Le bras ainsi réséqué et libre reste fixé toujours entre le pubis et le temporal. On le saisit alors entre les branches d'un cranioclaste, et en employant une certaine force, on le tire en dehors. On fait alors sur la tête la manœuvre de Mauriceau, mais inutilement. M. le docteur Lautard introduit plus loin ses doigts et les appuie sur le rebord orbitaire inférieur. La tête alors se dégage très facilement sans avoir pu appliquer le forceps, à cause de l'impossibilité d'introduction des mains entre la tête et le col, ce dernier étant très rigide. Cette rigidité avait, cependant, en partie disparu après l'administration de l'éther.

Diamètres fœtaux : Bi par. 10 cent.; Bi temp. 7 1/2 ; Bi mal. 7 1/2 : S. Oc. Fr. 11 ; Oc. Br. 10 ; Oc. M. 13.

Poids du fœtus, 2,650 gr.; placenta, 480.

Observation X

Bassin rétréci (forceps).

Anna C..., repasseuse, 17 ans, entre à l'hôpital le 3 juin, à 5 heures du soir, avec des douleurs et une dilatation commençant à peine. Les douleurs se font plus fortes pendant la nuit et la dilatation est

complète le 4 juin à midi. La tête reste toujours haute sans appuyer sur l'orifice externe. Les contractions se font très lentes, et la poche des eaux se rompt à 4 heures, laissant écouler un liquide amniotique fortement teinté de méconium. Au toucher, on constate un promontoire accessible et une tête en droite transverse inclinant le pariétal postérieur pour doubler le promontoire. Les bruits fœtaux sont très précipités et la délivrance rapide est décidée.

La femme est anesthésiée très facilement à l'éther. Les contractions utérines se font plus énergiquement et la tête s'engage en postérieure. Une première application de forceps est faite dans le diamètre oblique pour ramener la tête en transverse. Une seconde application est nécessaire pour mettre la tête en occipito-pubienne et achever de la dégager. Toutes ces manœuvres ont été favorisées par des contractions utérines régulières en intensité et en fréquence.

Suites de couches : un peu d'albumine après l'accouchement, mais qui a disparu par la suite.

Observation XI

Thrombus, forceps inutile (version)

Marguerite R., 29 ans, couturière. Cette femme, à son entrée à l'hôpital, présentait une grossesse normale. Le travail avait commencé dans la soirée du 20 juin, et à 9 heures la dilatation était égale à 0.50 c. et les contours de l'orifice externe étaient minces comme ceux d'une primipare. Elle avait avorté deux ans auparavant ; c'était donc presque réellement une primipare. La dilatation a progressé lentement pendant toute la nuit, et à 7 h. elle était égale à 5 fr. La tête n'appuyait pas du tout sur l'orifice et était encore très élevée, très mobile et soutenue par une poche des eaux très plate. A 10 heures, la dilatation étant complète, la poche des eaux est rupturée artificiellement. Depuis 7 heures on avait constaté sur la lèvre antérieure du col et dans sa partie interne une masse molasse qui séparait la tête du fœtus de cette lèvre. On avait au toucher une sensation identique à celle d'un placenta prævia avec insertion marginale antérieure. On a éliminé ce diagnostic par l'absence d'hémorragie et la pédiculisation de cette masse. On éliminait aussi l'idée de polype,

cette production n'existant que depuis le matin, c'était donc un thrombus. La présentation était à ce moment-là en OIDP. A 4 h., la tête était toujours mobile, la fontanelle antérieure étant presque en contact avec le thrombus. Les bruits du cœur fœtal étant très sourds et le liquide amniotique sortant coloré en jaune, on se décide à intervenir. La femme est éthérisée à fond et éprouve une certaine volupté pendant l'intervention. Après cinq applications inutiles de forceps on exécute la version, avec une certaine difficulté, pour le passage des épaules.

Poids du fœtus, 4000 ; placenta, 450.

Diamètres fœtaux : Occ. Br. 11 ; SO Fr. 12 ; SOM. 12 1/2 ; OM. 13 1/2 ; Bi-Mal. 8.

Observation XII

Rigidité du col (forceps)

Guiliano P..., 24 ans, entre à l'hôpital, avec une dilatation égale à 5 francs. La poche des eaux était rompue depuis 48 heures et la femme souffrait depuis le 24 juin. La dilatation, à son entrée à l'hôpital, existait depuis plus de 24 heures, au dire de la sage-femme qui l'assistait. A 9 heures 1/2, la dilatation n'avait pas avancé et la femme souffrait beaucoup. Le col présentait une rigidité très forte et ses pourtours étaient tuméfiés et d'une certaine consistance. La tête se présentait avec un léger engagement en droite transverse. On décide d'intervenir, et la femme est éthérisée à fond.

Les contractions paraissent d'abord se faire plus énergiquement, la dilatation cependant n'augmente pas ; mais le col, qui était très rigide et très dur, devient dilatable et permet alors l'introduction de la main pour faire une application de forceps antéro-postérieure. On fait des tractions avec les branches du forceps, mais les pourtours du col se tendent tellement sur la présentation et sur les branches que, pour éviter des déchirures, on enlève les cuillères. La dilatation est alors complète, mais la tête n'avance pas. On est obligé de faire une autre application selon le diamètre oblique maternel et fronto-mastoïdien fœtal. On peut alors faire très facilement des tractions et dégager la tête en occipito-pubienne. Pendant la rotation on constate une déchirure en lambeaux de la grande lèvre droite.

La femme se réveille calme et paisible.

Diamètres fœtaux : O. Ment., 13 ; O. Fr., 12 ; SO Br., 11 ; Bi-temp., 8 ; Bi par., 9.

Poids du fœtus : 3,490 gr.; placenta, 550.

Observation XIII

Inertie utérine (forceps)

Clotilde R... entre à l'hôpital, le 17 juin, avec une grossesse à terme et normale. Les douleurs ont commencé le 27 juin, la dilatation a progressé très lentement et n'a été complète que le 29 juin, à 10 h. du matin. La tête a alors arrêté sa descente, l'utérus étant dans l'inertie la plus complète. Les bruits du cœur fœtal étant très sourds et la poche des eaux étant rompue depuis le matin, on se décide à intervenir. La femme est éthérisée à fond. Une application de forceps directe suffit pour dégager le fœtus, qui avait des circulaires autour du cou. La femme se réveille calme et paisible.

Diamètres fœtaux : O. Ment. 13 ; S O Br. 10 ; Bi-temp. 8 1/2 ; Bi-par. 9.

Observation XIV

Souffrance du fœtus (forceps).

Joséphine S..., domestique, 25 ans, primipare. A son entrée à l'hôpital, le 30 juin, elle avait une dilatation égale à 5 fr. et des douleurs très fortes. La poche des eaux s'était rompue deux heures auparavant. La dilatation était complète à 10 heures du matin, la femme souffrait beaucoup, les bruits du cœur fœtal étaient très sourds et le liquide amniotique fortement teinté de méconium. La tête était engagée dans l'excavation en OIGA. En considération des grandes souffrances de la femme, on décide de l'éthériser. On lui met le masque, elle l'arrache, et les contractions utérines cessent immédiatement. Vingt minutes après, on le lui remet de vive force, la femme s'endort, les contractions utérines reviennent et détermi-

nent la rotation et la descente de la tête sur le plancher périnéal. Les contractions utérines cessent alors complètement. On profite de ce moment d'accalmie pour faire une application directe avec le forceps de Simpson. L'introduction des branches ne provoque aucune contraction utérine, fort heureusement, la vulve étant très étroite et le périnée très distendu par la tête et prêt à éclater. Les tractions sont faites avec le forceps pendant cette inertie, mais on se tient prêt à retenir la tête à la moindre contraction. On dégage cette tête sans la moindre déchirure périnéale, et on extrait un enfant vivant, mais paraissant avoir souffert. La femme se réveille, reprend de suite connaissance et exprime son contentement d'avoir été délivrée sans souffrance.

En résumé, la femme avait des contractions très fortes et très douloureuses, qui ont cessé à l'idée seule d'une intervention. A l'administration de l'éther, les contractions reparaissent et finissent ensuite par disparaître au moment où elles n'étaient plus utiles et où elles étaient même nuisibles.

Diamètres fœtaux : Bi T 8 ; Bi P 9 ; Bi M 8 ; O M 14 ; S O Br 9 ; O. F. 11 1/2.

Observation XV

Forceps inutile (version)

Marguerite G..., domestique, 31 ans, entre à l'hôpital, le 8 juillet, avec une grossesse normale et à terme et un utérus volumineux. La poche des eaux s'est rompue subitement à 1 heure 1/2 du matin, et la dilatation était alors égale à 0,50 cent. Les douleurs ont été depuis lors faibles et espacées, et la dilatation n'était complète qu'à 9 heures. Les bruits du cœur fœtal étant très sourds, la progression de la tête ne se faisant pas, quoique les contractions de l'utérus fussent très énergiques et continuelles, on décide d'intervenir.

La femme est éthérisée à fond, et lorsque l'anesthésie est complète, il se produit un relâchement de la matrice.

Deux applications de forceps sont faites sur la tête, qui est en position transverse, mais les tractions ne donnent pas de résultats, à cause, sans doute, de l'inertie utérine. On constate, en même temps,

la procidence d'une main entre le front et le bord droit du bassin. On abandonne le forceps et on fait la version très facilement, à cause du relâchement de l'utérus. Le dégagement de la tête se fait très aisément, grâce à une modification de la manœuvre de Mauriceau, consistant à appuyer avec les doigts sur le rebord orbitaire inférieur. L'enfant était vivant, mais paraissait avoir souffert et possédait une dépression sur un pariétal causé par le promontoire.

Cette femme avait déjà accouché, il y a 9 ans, à la Maternité de Turin, d'un enfant mort. Elle déclara qu'on lui avait appliqué les fers, mais elle ne sut pas préciser si c'était le forceps ou le basiotribe.

La femme se réveilla calme et paisible.

Diamètres fœtaux : Bitemp. 8 cent. 1/2 ; Bipar. 9 ; Occ. fr. 12 ; S. Occ. breg. 10 ; Occ. ment. 13 ; Bi mal. 8.

Poids du fœtus : 3,700 ; placenta 670.

Observation XVI

Inertie utérine (version)

Catherine R..., entra à l'hôpital, le 16 juillet, à 6 heures du soir, avec un travail qui durait depuis 8 jours. Elle était alors à sa quatorzième grossesse.

Parmi ces grossesses, elle eut deux fausses couches et une grossesse gémellaire.

Les dernières règles dataient du 24 octobre, mais au commencement de juin elle perdit du sang. Cette hémorragie n'eut pas de suites fâcheuses et la grossesse continua régulièrement jusqu'au 7 juillet, époque à laquelle la femme commença à souffrir. Visitée le 16 juillet, en ville, par M. le docteur Lautard, elle avait une dilatation comme la paume de la main et des contractions tout à fait insuffisantes. Elle se décida alors à entrer à l'hôpital. L'examen auquel elle fut soumise révéla les particularités suivantes : c'était une femme de forte constitution, de grande taille, à bassin bien conformé le ventre très volumineux rendait difficile la palpation, et on constatait que le fœtus offrait un ballottement sur plusieurs points. Les

bruits du cœur étaient très sourds, profonds et très lents. On sentait ces bruits sur deux foyers, un à droite et l'autre à gauche, au milieu de la ligne iléo-ombilicale. On observait, en outre, un œdème sus-pubien très marqué et pas d'albumine dans les urines. La femme était dans un état de surexcitation avec le pressentiment d'une mauvaise couche. Au toucher, on constatait une dilatation comme une paume de main et un épaississement de la lèvre antérieure du col de l'utérus. La tête était très élevée, très mobile et très ballottante. L'orifice externe ne se laissait pas dilater et dans ces conditions on ne pouvait procéder à une application de forceps ni à une version de peur de produire des déchirures. On décida d'attendre en donnant des injections très chaudes contre le col. A minuit, pendant une nouvelle visite, on constata que la dilatation ne se faisait pas, les contractions étant lentes et impuissantes. L'enfant paraissant souffrir et la femme demandant à être délivrée le plus tôt possible, l'intervention fut décidée. On introduisit la main en forme de cône dans l'orifice du col et on essaya de le dilater. La femme ne put supporter cette manœuvre, on procéda alors à l'éthérisation. Les contractions utérines qui étaient nulles devinrent très fortes et firent rompre la poche des eaux, qui laissa écouler une grande quantité de méconium. La main introduite très facilement dans la cavité utérine exécuta la version, et la tête fut dégagée en appuyant les doigts sur le rebord orbitaire inférieur. L'enfant mourut après deux ou trois inspirations.

La femme se réveilla calme et paisible et présenta des suites de couches absolument normales.

Observation XVII

Bassin rétréci. — Forceps inutile (version)

C... entre à l'hôpital, le 19 juillet, à 6 heures du matin, avec une dilatation supérieure à 5 francs.

Elle a eu quatre grossesses. La première, il y a dix ans, a eu comme résultat un enfant mort à cause de la longueur du travail. La deuxième, trois ans après, a donné naissance à une petite fille encore bien portante, quoique née avant terme. Le troisième accouchement est

arrivé à terme et a donné un enfant mort par suite de la longueur du travail. La grossesse actuelle a été marquée par des souffrances survenant au dernier mois et constituées par des palpitations, gêne respiratoire et œdèmes aux membres inférieurs et à la paroi abdominale. Cet ensemble de symptômes la décide à rentrer dans le service après deux jours de douleurs. A son entrée, on constate les particularités suivantes : c'est une femme à l'aspect anémié, débilitée, de taille petite, avec des signes de rachitisme (légère concavité du tibia, du radius et du cubitus, voûte palatine ogivale, prognatisme des mâchoires, promontoire accessible). L'abdomen est en besace et on observe un œdème à sa partie inférieure, qui augmente cette forme en besace et rend difficile l'audition des bruits fœtaux, qui sont sourds quoique très fréquents. Cet œdème ne reste pas localisé à la paroi abdominale, mais il envahit aussi les membres inférieurs. L'ictus de la pointe est sur la ligne hémi-claviculaire et au sixième espace intercostal. La matité du cœur dépasse, à droite, la ligne para-sternale supérieure et arrive au bord inférieur de la deuxième côte. A gauche, la matité a sa limite sur la ligne hémi-claviculaire. A la pointe, au premier temps, on constate un souffle qui se propage dans l'aisselle. Rien dans les organes pulmonaires. Pas d'albumine dans les urines, le pouls a des intermittences. A l'examen de la matrice, très difficile, d'ailleurs, à cause de cet œdème abdominal, on peut constater une tête qui ne s'engage pas, qu'on peut facilement soulever et un fœtus présentant des signes de souffrances. Au toucher, la dilatation est complète, les grandes lèvres fortement œdématiées, le col très friable, mou, également œdématié. La tête est au détroit supérieur, en transverse droite et mobile. Les contractions utérines se font d'une façon continuelle, mais très lentes et mettent la femme dans un état de prostration (pâleur, sueurs froides, petit pouls). Le liquide amniotique est fortement teinté de méconium. Vu cet état, on décide d'intervenir. La femme est éthérisée à fond et l'état des pulsations est surveillé attentivement.

Quelques bouffées d'éther suffisent pour donner l'anesthésie. On applique le forceps sur la tête, qui est très volumineuse ; mais, vu l'état d'inertie de la fibre utérine, les tractions sont insuffisantes. On pratique alors la version, qui est très facile, et on emmène au dehors un enfant en l'état de mort apparente, mais ranimé grâce aux tractions de la langue.

La femme se réveille calme et paisible, mais au bout d'une heure elle est prise de crises cardiaques, qui nécessitent une injection de caféine.

Observation XVIII

Tétanie (forceps après relâchement)

Caroline D..., domestique, 31 ans. Entrée à l'hôpital à 8 h. du soir avec une dilatation égale à 5 francs. A minuit et demi, la dilatation étant complète, la poche est rompue artificiellement. Le travail reste alors stationnaire. A 5 heures, M. le docteur Lautard constate une dilatation complète et une tête en OIDP, avec chevauchement des pariétaux et asynclitisme du pariétal postérieur. La suture saggitale se trouvait projetée en arrière et la tête était fortement enclavée à l'entrée de l'excavation. La main introduite entre le col et la tête ne pouvait pas atteindre l'oreille postérieure, tandis qu'elle pouvait très facilement explorer tout le pariétal postérieur. Les contractions étaient fortes et permanentes. La femme souffrait tellement qu'il était impossible de pratiquer le toucher. La présentation restait stationnaire au détroit supérieur. L'écoulement du méconium indiquant l'état de souffrance du fœtus, on se décide à intervenir.

La femme est éthérisée à fond. Les contractions utérines, qui étaient à forme tétanique, deviennent régulières avec des intermittences qui permettent d'appliquer très facilement les branches en oblique antérieure. Après quelques tractions, on dégage une tête en occipito-pubienne. Ce fœtus reste pendant longtemps à l'état de stupeur et les efforts inutiles qu'il fait pour respirer ou crier démontrent qu'il a absorbé du méconium. Après de nombreuses manœuvres (tractions rythmées de la langue, bains chauds et froids, etc.), on parvient à le faire crier. Ce fœtus possédait sur le frontal droit une forte dépression.

Diamètres fœtaux : S O F., 11 1/2 ; O F., 11 ; S O Br. 9 1/2 ; S O Br., 9 1/2 ; O. M., 13 ; Bi temp., 8 1/4 ; Bi par., 10.

Observation XIX

Tétanie (dilatation manuelle, forceps).

Angèle G..., ménagère, 24 ans. Entrée à l'hôpital le 11 août avec une grossesse paraissant à terme. Le 7 septembre, à 7 heures du soir, la dilatation était égale à 2 francs. La poche des eaux était rompue depuis 10 heures du matin et le col affaissé. La dilatation reste stationnaire jusqu'à 11 heures du soir, malgré les souffrances de la femme.

Au toucher, on constate une présentation en O I D P. La tête est très dure, très volumineuse, et en la soulevant, il s'écoule une grande quantité de sang qui provient d'un décollement partiel du placenta dont l'insertion est à la partie antérieure et inférieure du segment utérin. La femme, au lieu d'avoir des douleurs se succédant avec des intermittences plus ou moins espacées, se plaint d'une douleur continuelle, qui n'est qu'un malaise. La figure est pâle, et son pouls est assez faible. Les bruits du cœur fœtal sont irréguliers et très fréquents. On décide alors d'intervenir et la femme est éthérisée à fond. Quelques grammes d'éther suffisent pour plonger la parturiente dans un sommeil profond, sans période préanesthésique. La dilatation de l'orifice interne du col, qui était très en arrière, est faite par les doigts.

La présentation postérieure est réduite en transverse avec la main, et une application de forceps est faite en oblique et suivant le diamètre fronto-mastoïdien de la tête. Le dégagement se fait en occipito pubien et la délivrance presque instantanément.

Diamètres fœtaux : S O M., 14 ; O M., 13 ; S O Br., 10 ; S O F., 10 1|2 ; Bi temp., 8 ; Bi par., 9 ; Gr. circ., 35 1|2.

Poids du fœtus : 3.800 gr.; placenta 560.

Observation XX

Tétanie (Déchirure périnéale évitée).

Julie T..., domestique, 22 ans. Cette femme, à son entrée à l'hôpital, le 15 août, possédait une grossesse paraissant à terme et normale.

Les douleurs ont commencé le soir du 8 septembre et ont continué toute la journée du 9. La dilatation, à 8 heures du matin, était déjà presque complète, et la tête resta dans l'excavation toute la journée avec une poche plate. Les douleurs devinrent très fortes vers 10 heures du soir, et la tête arrivait sur le plancher périnéal, qui était très distendu, et menaçait de se rompre. La parturiente fut, à ce moment-là, bloquée sous le masque à éther, et l'accouchement se termina sans déchirure. La femme se réveilla toute heureuse de ne plus avoir souffert.

Poids du fœtus, 3.720 gr.; poids du placenta, 450 gr.

Diamètres fœtaux : Bi par., 9 cent.; Bi temp. 8; Occ. ment., 14; Occ. Fr., 11; SOBr., 9 1/4; SOFr., 10 1/2.

Observation XXI

Tête volumineuse, inertie (forceps inutile, version).

Joséphine C..., cigarière, 35 ans. A son entrée à l'hôpital, le 21 août, cette femme possédait un ventre ayant, comme grande circonférence, 97 centimètres. Le fond de l'utérus se trouvait à 42 centimètres de la symphyse pubienne. La tête était très mobile et le fœtus ballottait dans une grande quantité de liquide.

Le 7 septembre, la grande circonférence égalait 105 centimètres, et la distance du fond de l'utérus à la symphyse pubienne n'avait pas varié.

Le 9, à 10 heures du matin, les douleurs ont commencé et ont continué toute la journée. La poche des eaux s'est rompue naturelle-

ment à 7 h. 1/2 et a laissé écouler sept ou huit litres de liquide. La tête n'appuyait pas, et la dilatation était presque nulle, mais le col très dilatable. A 11 heures, la femme continuant à souffrir, toujours sans résultat, réclame elle-même le soulagement de l'anesthésie éthérée. L'éther est donc administré, et au bout de quelques secondes, l'anesthésie est complète. A l'examen de la femme, on constate alors une dilatation égale à 2 francs, mais un col dilatable. La présentation en OIGT se maintient très élevée, à cause de l'insertion du placenta, qui est sur la face postérieure de l'utérus, dans son segment inférieur.

On dilate le col avec le doigt et on fait une application de forceps. Après quelques tractions, on renonce au forceps et on se décide à faire la version. Le dégagement des hanches est très difficile, et l'on doit employer une certaine force pour dégager la tête. Le fœtus, volumineux, reste un certain temps à l'état de mort apparente, et ne revient à la vie qu'après des soins énergiques.

Poids du fœtus, 4.500 gr. ; poids du placenta, 850 gr.

Diamètres fœtaux: Bi par., 10 cent. 1/2 ; Bi temp., 8; Occ.ment. 14 ; S Occ. Br., 10 ; S Occ. Fr., 11 1/2 ; Bi mal., 8 1/4 ; Gr. circ., 35 1/2 ; Longueur, 56 ; Bis acromial, 13.

Observation XXII

Inertie (forceps)

Marie-Honorine J..., âgée de 32 ans, multipare. Entrée à l'hôpital le 30 août, avec une grossesse paraissant à terme. Elle accusait de vagues douleurs dans le ventre, mais le col, tout en étant complètement ramolli, avait toute sa longueur. Cette femme avait, comme antécédents personnels, une métrite et une péritonite dont elle avait souffert il y a sept ans. A la suite de la guérison de ces maladies, elle devint enceinte et accoucha d'un garçon à terme et bien portant. Les suites de couches ne furent, cependant, pas normales, car elle dut rester alitée pendant un mois. Quatre ans après, elle redevient enceinte et fait un avortement de quatre mois et demi à la suite d'un ictère catarrhal aigu. Il s'était produit une rétention du placenta, qui fut expulsé après huit jours.

Deux ans après, c'est-à-dire à la fin de novembre 1896, elle devient enceinte et mène heureusement sa grossesse jusqu'à ces jours-ci.

Depuis une semaine, la femme a des petites douleurs. Les véritables douleurs du travail ont commencé dans la matinée du 17. L'examen de cette femme, fait à une heure, releva une dilatation de 2 francs sur un col complètement en arrière, avec une présentation du sommet qui fuyait sous le doigt. La poche des eaux, très épaisse, était lisse dans la portion qui était encadrée par l'orifice du col, et elle était entièrement adhérente au segment inférieur utérin. Par l'exploration, en insinuant le doigt entre la poche et la paroi utérine, on a pu dégager les adhérences de l'amnios, qui ont saigné assez abondamment. Le soir, à 9 heures, en visitant la femme, on trouve que, malgré les souffrances et les contractions utérines énergiques, la dilatation est stationnaire. La poche est alors rompue artificiellement, et, une heure après, la dilatation est complète. La femme, souffrant beaucoup, et, d'autre part, les bruits du cœur étant lents et sourds, on décide d'intervenir. L'anesthésie est faite à l'éther avec une période préanesthésique assez longue. On fait une application bimalaire, et avec une grande facilité on amène un fœtus vivant pesant 3,100 gr.

Diamètres fœtaux : OM. 13 ; SOBr. 9 1/2 ; OF. 11 1/2 ; Bi-par. 8 1/2 ; Bi temp. 8.

Observation XXIII

Inertie (forceps)

Louise C..., âgée de 42 ans, jardinière, primipare. Envoyée de l'asile d'aliénés de Saint-Pons (Alp. Mar.), où elle avait été internée à cause de son état mental. Cet état mental était constitué par un délire à forme érotique avec impulsions furieuses intercalées par des phases de calme dans lesquelles la malade conservait, cependant, des signes de son état. Depuis trois jours, la dilatation était commencée. Les périodes d'excitation ont alors cessé pour faire place à un calme relatif à son état de travail.

La dilatation étant complète le 28 septembre, à 9 heures du soir, la poche des eaux est rompue artificiellement. Le travail est resté

stationnaire, malgré les douleurs répétées de la femme. La présentation, qui était en droite postérieure, se transforme en transverse et reste dans cet état. Le pariétal antérieur était asynclitique, et le pariétal postérieur appuyait fortement sur le promontoire. Les bruits du cœur fœtal étant excellents, on attend jusqu'à 2 heures du matin. La position n'ayant pas encore varié, on décide d'intervenir. La femme est éthérisée à fond après quelques bouffées d'éther.

L'introduction de la main droite pour guider la branche gauche présente une certaine difficulté, étant donnée l'étroitesse vulvaire. Cette main détermine le déplacement de la présentation en droite antérieure. Une application classique est faite et amène en dehors un enfant avec pemphigus, vivant, mais à l'état de stupeur. Le périnée s'étant déchiré, il est recousu sur-le-champ.

La femme, saine de corps et d'esprit, sort de l'hôpital 12 jours après pour être de nouveau internée.

Diamètres fœtaux : O M. 13 ; S O Br. 10 ; Bi par. 9 ; Bi temp. 8 1/4 ; Oc. Fr. 11.

Observation XXIV

Bassin rétréci (dilatation manuelle, forceps).

Marie F..., domestique, 26 ans. A son entrée à l'hôpital, le 6 septembre, cette femme déclarait souffrir depuis longtemps, mais son état de dégénérescence mentale l'empêchait d'expliquer sa douleur.

La présentation était d'abord celle du siège, mais elle fut réduite très facilement par des manœuvres externes. Le promontoire étant accessible, le diamètre promonto-pubien égalant 7 cent. 1/2, et la femme présentant des signes du délire de la persécution, on décide d'intervenir.

Le 3 octobre, à 9 heures 1/2 du matin, M. le docteur Lautard introduit entre les parois et l'œuf une sonde et injecte de l'eau boriquée. Les douleurs se déclarent une heure après, le col s'efface et se dilate, mais la femme souffre d'une façon continuelle.

Le soir, à 8 heures 1/2, la femme semble perdre connaissance, divague et a une dilatation de 2 francs. A 1 heure 1/2 du matin, la

poche des eaux se rompt avant que la dilatation soit complète. La tête se maintenant toujours haute et très mobile, on décide d'intervenir. La femme est éthérisée et la dilatation s'achève avec la main qui ramène la tête de postérieure en transverse. Une application de forceps est faite dans cette position et ramène un enfant vivant, mais chétif.

Observation XXV

Rigidité anatomique (forceps).

Argentine L..., domestique, 26 ans, entre à l'hôpital le 11 octobre, à 11 heures 1/2, avec une tête fortement engagée, un col effacé, mais très dur et ne permettant pas même l'introduction du doigt. Malgré la violence des douleurs, la dilatation ne se fait pas, mais elle semble se produire, grâce à des touchers répétés. Les bruits du cœur fœtal étant sourds et précipités nécessitent une intervention immédiate.

L'introduction d'une des branches de l'écarteur de Tarnier provoque une contraction violente, qui occasionne la rupture de la poche des eaux.

Les eaux sont fortement teintées de méconium et confirment la souffrance du fœtus. La dilatation semble alors se faire et arrive très vite à 5 francs.

La femme est éthérisée, et lorsque l'anesthésie est complète, la dilatation l'est également et permet d'introduire les deux branches du forceps. On dégage alors un enfant vivant, mais paraissant avoir souffert.

Cette femme nie avoir eu la syphilis, et n'en présente, d'ailleurs, aucun signe, ni récent, ni ancien. On peut donc exclure une rigidité syphilitique du col, et tout porte à croire qu'il s'agissait d'une rigidité anatomique sur laquelle l'éther a pu exercer son influence.

Diamètres fœtaux : SOF. 9 cent. 1/2; OM. 13 1/2; SOBr. 9; Bi par. 9 ; Bi temp. 7 ; SOcc. M. 8 1/2.

Observation XXVI

Présentation de la face, travail long (rotation manuelle, forceps).

Lucia D..., cuisinière, 28 ans, entrée à l'hôpital le 8 octobre, à 5 heures du matin. Cette femme arrive avec une dilatation supérieure à 5 francs. Au toucher, on sent une présentation de la face très nette en mento droite postérieure. La dilatation reste stationnaire jusqu'à 11 heures. A ce moment-là, les bruits du cœur fœtal étant sourds et précipités, on rompt la poche des eaux, qui laisse écouler un liquide noirci par le méconium.

Tous ces signes indiquant l'état de souffrance du fœtus, on décide d'intervenir. La femme est éthérisée à fond, et lorsque l'anesthésie est complète, on détermine avec la main la rotation de la tête. Une simple application de forceps suffit pour dégager un enfant vivant, mais paraissant avoir souffert.

Diamètres fœtaux : S O Br. 10 cent.; S M Br. 10; O M. 13 1/2; Bi temp. 8 1/2; Bi par. 9; S O F. 11; S M O. 11.

Observation XXVII

Inertie utérine (forceps).

Marie S..., ménagère, 30 ans, entre à l'hôpital, à 8 heures du matin, avec une dilatation de 5 francs.

A 3 heures de l'après-midi, la dilatation n'avait pas varié et l'inertie de l'utérus était à peu près complète. Les bruits du cœur fœtal étant précipités et la rupture artificielle de la poche ayant laissé écouler un liquide teinté de méconium, on se décide à intervenir. La femme, sur sa demande, est éthérisée, et la main introduite dans les voies génitales y circule librement. Une application de forceps est faite dans ces conditions au détroit supérieur et permet l'issue d'un enfant vivant, mais cyanosé. On procède à la restauration périnéale d'une ancienne déchirure qui avait amené un rectocèle considérable.

Cette opération est faite suivant la méthode de Martin.

Diamètres fœtaux : S Occ. Br. 10 cent.; S Occ. Fr. 11 ; Occ. Fr. 12 ; Occ. ment. 14 ; Bi par. 10 ; Bi temp. 8.

Observation XXVIII

Bassin rétréci (forceps inutile, version)

Candide M..., 24 ans, primipare. Entrée à l'hôpital le 25 octobre à 1h. de l'après-midi souffrant depuis 6h. du matin. Cette femme déclare avoir eu deux grossesses. La première se termina avant terme et l'enfant, chétif, mourut peu de temps après. La seconde, à terme, nécessita un accouchement très long, très laborieux, qui eut pour résultat un enfant mort. A son entrée on constate une dilatation commençante, une lèvre antérieure œdématiée, une présentation du sommet très élevée et très mobile en O I G T. Le promontoire est très accessible et le diamètre promonto-pubien égale 7 1|2. A 9 h., la dilatation est complète, mais le pariétal antérieur est asynclitique et malgré les efforts et les violentes douleurs de la femme, la tête ne s'engage pas et reste fixée au détroit supérieur. La lèvre antérieure, pincée par le pubis et le pariétal, était œdématiée et coiffait en partie la présentation. La poche se rompt spontanément et laisse échapper un liquide teinté de méconium. Le fœtus paraissant souffrir on décide d'intervenir. La femme est éthérisée à fond et on fait une application de forceps antéro-postérieure. Les tractions sont vaines sur la tête et nécessitent une deuxième application en oblique. Les tractions après cette seconde application sont encore vaines. On abandonne le forceps et on fait la version ramenant un genou. Cette version s'exécute très facilement, étant donné le relâchement de la fibre utérine. On amène au dehors un enfant vivant, bien constitué mais paraissant avoir souffert.

Diamètres fœtaux : Bi par., 8 1|2; bi temp., 8 cent.; S O F. 10 1|2 ; S O Br. 10.

Poids du fœtus : 3,300 gr.; placenta, 700.

Observation XXIX

Tétanie (forceps)

Madeleine V..., ménagère, 19 ans. Entrée à l'hôpital à 2 h. 1[2 avec une dilatation de 50 cent. La tétanie continue et constante rend impossible le palper et l'auscultation. La poche des eaux était rompue depuis deux jours. A 6 heures la dilatation n'avait pas progressé, malgré les douleurs incessantes. On décide d'intervenir. La femme est bloquée sous le masque d'éther et la tétanie cesse immédiatement pour faire place à des contractions intermittentes. On laisse la femme se réveiller et la tétanie reparaît. On redonne de l'éther et la tétanie cesse, et cependant la dilatation se fait très rapidement. On laisse de nouveau réveiller la femme, et la tétanie reparaît encore. On lui donne encore de l'éther, et la dilatation s'achève, permettant une introduction des branches du forceps. On dégage un fœtus vivant, mais paraissant avoir souffert.

Diamètres fœtaux: Bi temp. 8c. 1[4; Bi par., 9 c. 1[2.; S O Br., 10; S O F, 11; O. F., 11 1[2; O M., 14.

Observation XXX

Bassin rétréci (version)

Marguerite M.., ménagère, 35 ans. Entrée à l'hôpital le 2 novembre, à 7 heures du matin, parce que la sage-femme qui la soignait, ayant trouvé son accouchement trop dystocique, n'a pas voulu en assumer la responsabilité.

La femme déclare qu'elle souffre depuis 24 heures et que la poche des eaux s'est rompue à minuit Au palper on trouve un utérus tétanisé. Au toucher, on constate la lèvre antérieure du col fortement œdématiée, étant comprimée entre la tête et le pubis. Une bosse séro-sanguine volumineuse occupe le centre de la présentation et empêche de pouvoir préciser la position. Le promontoire est de plus acces-

sible, et le diamètre promonto-pubien mesure 7 c. après déduction.

L'intervention est décidée et la femme est éthérisée à fond. La tétanie de l'utérus disparaît presque aussitôt. La main introduite dans les voies génitales permet de constater une tête très dure et très volumineuse qui ballotte encore.

Le forceps étant jugé inutile et même dangereux, à cause de l'élévation de la tête, on se décide à faire la version. M. le docteur Lautard saisit facilement un pied et amène très aisément tout le corps du fœtus, sauf la tête. Cette dernière, très volumineuse, éprouve une très grande difficulté à traverser le bassin rétréci. La manœuvre de Mauriceau ne produit aucun effet. On introduit plus loin les doigts et on les appuie sur le rebord orbitaire inférieur. Les doigts ainsi appuyés éprouvent une grande résistance et gardent l'empreinte de leur point d'appui. La tête se fléchit et après des tractions répétées et énergiques on parvient à la dégager. Le fœtus fait quelques inspirations, son cœur bat pendant un quart d'heure, mais tous les moyens employés pour le conserver sont inutiles. On a constaté sur son rebord orbitaire inférieur une forte ecchymose très limitée qui prouve la force des doigts, mais l'œil reste absolument intact.

Une forte hémorragie se déclare chez la femme. Tous les moyens classiques sont employés pour la combattre.

Diamètres fœtaux : Bi par., 9 cent.; Bi temp., 8; S O Br., 9 1/2; O F., 11 1/2; S O F., 11; O. M., 13.

Poids du fœtus : 3.220 gr.; placenta, 525.

Observation XXXI

Inertie utérine (forceps)

Victorine A..., domestique, 27 ans, entre à l'hôpital, le 30 septembre, avec une grossesse paraissant à terme. Elle avait alors des petites douleurs qui ont disparu au bout de quatre ou cinq jours. Le col est resté dilatable pendant tout le mois d'octobre. Le 1er novembre les douleurs recomment et, le 3 novembre, à 5 heures du soir, la poche des eaux se rompt naturellement, laissant écouler une grande quantité de liquide.

La dilatation progressa très lentement pendant toute la nuit et le

lendemain matin, à 11 heures, elle n'était égale qu'à 5 fr. Vu la longueur du travail et le non-engagement de la tête on se décide d'intervenir. La femme est éthérisée à fond ; aux premières bouffées les contractions se font énergiques, et la dilatation devient presque subitement complète. La main introduite dans les voies génitales réduit la présentation de postérieure en transverse. Une première application est faite dans cette position, mais elle revient de suite en postérieure et l'insertion se fait en oblique. On recommence l'application antéro-postérieure, mais l'insertion se fait encore en oblique. On retire alors un fœtus volumineux vivant, mais paraissant avoir souffert.

Diamètres fœtaux : Bi par. 9 1/2 ; Bi temp. 8 ; O M. 13 1/2 ; S O B. 9-1/2 ; S O F. 11.

Observation XXXII

Bassin rétréci. — Travail long (forceps)

Anna G... entre à l'hôpital, le 12 novembre, à 10 heures du soir, avec 1 fr. de dilatation. Les douleurs avaient commencé à 4 heures du soir, et, à 5 heures, elle avait perdu les eaux. Les douleurs avaient continué toute la nuit et, à 8 heures, la dilatation était à peine supérieure à 5 fr. Le promontoire était accessible et la tête volumineuse accommodait son pariétal antérieur, occasionnant un grand chevauchement dans les sutures. Cette femme présentait des signes de rachitisme. Elle avait un genu valgum très prononcé et ankylosé. Une cicatrice, siégeant sur le trajet de la cuisse, indiquait une ancienne ostéomyélite. Cette femme avait eu un premier accouchement très long qui s'était terminé par une application de forceps. Les bruits du cœur étaient lents et obscurs. Vu la longueur du travail, le non-engagement de la tête et l'état de souffrance du fœtus, l'intervention est décidée. La femme est éthérisée à fond et les premières bouffées d'éther provoquent des contractions qui complètent la dilatation. On fait une application de forceps en fronto-mastoïdienne, et grâce à des contractions intermittentes et fortes on dégage un fœtus du poids de 3 k. 200. Après l'expulsion il s'écoule une grande quantité de liquide fortement teinté de méconium. La tête faisait donc bouchon et occupait tout le détroit supérieur.

Diamètres fœtaux : S O Br. 9 ; S O Fr. 11 ; O M. 13 ; Bi temp. 8 ; Bi par. 9 ; S O F. 11 1/2.

Observation XXXIII

Épaule transformée en face (version)

Marie C..., marchande ambulante, entra dans le service de la Maternité, avec une grossesse paraissant à terme. Elle était dans le service de chirurgie, où elle avait été soignée pour une lymphangite de la jambe gauche.

Le 27 au soir, le travail avait commencé. Les douleurs devinrent plus fortes à 7 heures, et à 10 heures la dilatation était égale à 1 franc. A minuit et demi la poche des eaux se rompit avec une dilatation égale à 5 francs. Les eaux s'écoulèrent en grande abondance. On fit alors très aisément le diagnostic de la présentation de l'épaule. La version par manœuvres externes exécutée à 3 heures du matin donna une présentation de la face, mais avec une tête très mobile. La femme souffrant beaucoup, son pouls étant très faible, l'intervention fut jugée nécessaire. L'éther fut administré jusqu'à anesthésie complète. M. le docteur Lautard introduisit sa main dans les voies génitales et, constatant une tête volumineuse et un bassin rétréci, opta pour la version. Un pied fut saisi et le fœtus fut extrait, en tête dernière, avec une grande facilité, la fibre utérine étant absolument relâchée.

Une hémorragie assez abondante se déclara et nécessita des injections de sérum et de caféine.

Observation XXXIV

Rigidité de l'anneau de Bandt (version)

Joséphine L..., cigarière, à son entrée à l'hôpital avait une grossesse paraissant normale.

Le 20 décembre, à 11 heures du matin, elle perd subitement les eaux et a depuis ce moment de petites douleurs qui ne cessent pas.

Le 21 décembre, à 9 heures, le col était encore long, la présentation élevée, la dilatation nulle, mais les orifices largement ouverts. L'anneau de Bandt était très rigide et contribuait à maintenir la présentation élevée. Au toucher on constatait une présentation de la face avec procidence d'une main et du cordon; on constatait aussi un placenta inséré bas.

On décide d'intervenir et la femme est éthérisée à fond. Sitôt que l'anesthésie est complète, la rigidité de l'anneau de Bandt cesse ; la version est faite très aisément et ramène un enfant vivant, pesant 2,950 grammes.

La femme se réveille calme et paisible.

Observation XXXV

Forceps (dégagement en Oc. sacrée).

Berthe V..., domestique, 18 ans. Cette femme entre à l'hôpital avec une grosseur suivant son cours normal.

Les douleurs ont commencé le 30 novembre, à 5 heures du matin. A 10 heures, la dilatation étant complète, la poche des eaux est rompue artificiellement, laissant écouler une certaine quantité de méconium. Les bruits du cœur, sourds et précipités, indiquaient un état de souffrance du fœtus. L'intervention est décidée et la femme est éthérisée à fond, au bout de quelques secondes. La tête se présente en postérieure et ne peut pas faire sa rotation, même à l'aide du forceps. Le dégagement se fait en Occ. sacrée, avec difficulté, et occasionne une déchirure périnéale.

Une hémorragie fait suite à cette déchirure et nécessite une injection d'ergotinine.

La périnéorraphie est faite immédiatement et les suites de couches sont normales.

Observation XXXVI

Tétanie (dilatation manuelle).

Emilie G..., domestique, 20 ans. Cette femme entre à l'hôpital, le 24 novembre, avec une grossesse suivant son cours normal.

Le 25 décembre, le col était complètement effacé, et de petites douleurs occasionnaient une gêne à la femme.

Le 26, à 5 heures du matin, elle perd les eaux et possède une dilatation égalant à peine 0m50. A 4 heures de l'après-midi, la dilatation n'avait pas varié, malgré les douleurs sans cesse renaissantes dont la femme était la malheureuse victime. Le doigt introduit alors dans les voies génitales permet de constater un col tendu comme une corde de violon et une tête fortement engagée. L'éther est alors administré à fortes doses. Le doigt procède à la dilatation du col, qui se fait très aisément, et le relâchement de la fibre utérine permet bientôt l'introduction de trois doigts. La dilatation, au bout d'un quart d'heures, est égalé à 5 francs, et les contractions deviennent plus régulières. L'éther est suspendu, mais la femme reste encore sous son influence bienfaisante, et, malgré le travail qui fait de rapides progrès, elle n'a que de légères douleurs. A 5 heures la dilatation était complète, et à 5 h. 1/4 l'accouchement était terminé. Cette femme avait donc accompli, dans une heure un quart, presque sans souffrance, le travail pour lequel les douleurs incessantes de la journée avaient été vaines.

Diamètres fœtaux : Bi par., 8 cent. 1/2 ; Bi temp., 8 ; Oc. Fr. 11 ; S. Occ. Fr., 11 ; Occ. ment., 13 1/2.

Observation XXXVII

Hydrocéphalie (décollation, craniotomie).

Marie S..., domestique, 34 ans, entre à la Maternité, le 28 novembre 1897.

Voici les renseignements qu'elle nous donne : elle fut réglée à l'âge de 15 ou 16 ans pour la première fois, et depuis lors toujours d'une façon très abondante. Aucun accident à signaler durant sa grossesse ; elle fut pourtant toujours souffrante.

Ses urines ne contenaient ni sucre ni albumine à son entrée à la Maternité.

Son état mental nous empêche de nous renseigner sur ses antécédents personnels, héréditaires et pathologiques ; elle présente, en effet, des signes très manifestes de *dégénérée inférieure* (asymétrie

faciale, strabisme divergent, prognatisme du maxillaire inférieur, disproportion très marquée entre les membres supérieurs et inférieurs, les seconds étant presque égaux aux premiers, tête microcéphale avec front étroit et fuyant en arrière. Les deuxième et troisième orteils sont palmés. Elle est originaire d'un pays de montagne, où l'on constate de temps en temps des cas de *crétinisme*.

Sa paroi abdominale se présente œdémateuse sur toute son étendue ; les membres inférieurs sont également œdématiés, sauf les cuisses. Cet œdème est dur et la peau ne revêt point la coloration blanchâtre de l'œdème cardiaque ou néphrétique.

L'examen du thorax ne présente rien d'anormal.

Le début des douleurs remontait au 6, au matin ; mais la femme, redoutant l'examen obstétrical, restait plongée dans un mutisme profond. Ce ne fut que le soir du même jour que l'on y procéda.

Au toucher, la poche des eaux était rompue, le vagin était rempli de *méconium très fétide*, le col avait une dilatation de 5 fr., et le doigt constatait les particularités suivantes : excavation incomplètement occupée par une masse molle au centre de laquelle existait un orifice facilement dilatable et permettant l'introduction du bout de la phalange.

En remontant à gauche, on arrivait sur un rebord osseux au-dessus duquel se trouvait une cavité. Ce premier examen faisait croire tout d'abord à une présentation de la face ; mais on reconnaît ensuite une présentation du siège mode des fesses, sans toutefois expliquer ce rebord osseux au-dessus du sacrum.

Le vagin était mou, friable, très œdématié.

La matrice dure, rénittente, dans un état de contraction permanente, empêchait la palpation, mais à la simple inspection on remarquait déjà l'énorme développement du segment inférieur. La femme est alors éthérisée ; l'anesthésie étant complète, la matrice entièrement relâchée, permet d'apprécier l'énorme volume de la tête fœtale comparable à celle d'un adulte et ne donnant point la sensation de ballottement. L'hydrocéphalie est alors diagnostiquée.

Les bruits du cœur, très rapides (174), avaient leur maximum à gauche.

La femme ayant des contractions très espacées, on décide l'extraction manuelle. Le pied droit antérieur est d'abord dégagé, puis le postérieur et le siège, et alors apparaît à nos yeux un *spina bifida* de

la région sacro-lombaire donnant issue à du liquide *céphalo-rachidien* en assez grande quantité. Les épaules étant dégagées, on s'aperçoit que la tête est placée transversalement et arrêtée au détroit supérieur. En faisant de fortes tractions on tente l'engagement du pariétal postérieur par la manœuvre de Champetier ; mais, n'obtenant aucun résultat et vu le volume permanent de la tête, on se décide à sacrifier le fœtus par une *embryotomie rachidienne ;* le spina bifida la facilite, permettant l'introduction des ciseaux dans le canal rachidien pour en sectionner les vertèbres jusqu'à la colonne cervicale ; dans la gouttière ainsi obtenue, on glisse une sonde de Budin et un stylet, mais on ne parvient pas à pénétrer dans la boîte crânienne par le trou basilaire, à cause des chevauchements des corps vertébraux. Les tractions faites sur le maxillaire inférieur ne parviennent pas à faire descendre cette tête à moitié vidée et arrêtée au détroit supérieur par sa large base.

Après avoir décollé le tronc du fœtus avec les ciseaux de Dubois, on accroche le maxillaire inférieur et on continue les tractions qui le fracturent. La tête ne descendant point, on applique le forceps; mais l'écartement considérable des branches nécessite la craniotomie. La version de la présentation étant faite, on perfore la voûte crânienne dans la région occipitale avec les ciseaux de Blot. Une grande quantité de liquide s'écoule alors, mélangée à de la substance cérébrale. Le cranioclaste, appliqué, retire aisément la tête en inclinant la base. La délivrance se fait artificiellement, à cause de l'intime adhérence des membranes et du placenta dont quelques débris restent dans la matrice. Une hémorragie assez abondante nécessite une injection d'ergotinine et de sérum.

La périnéorraphie est faite immédiatement, ainsi qu'une injection intra-utérine.

Le 10, au matin, sans frisson, la température monte à 38° ; pas de céphalée, mais diarrhée très fétide ; les lochies dégagent une odeur repoussante.

Le 11, température de 39°, ouverture au thermocautère d'un abcès de la fosse ischio-rectale gauche.

Les lochies étant fétides, on draine la matrice avec un double drain de caoutchouc qui séjourne toute la nuit.

Le 12, au matin, la température tombe ; on installe des lavages continus au permanganate de K. On les continue durant toute la journée et la nuit suivante.

Le 13, il est fait de même ; la température oscille entre 38° et 39°.

Le 14, au soir, la sonde à demeure retirée est légèrement fétide au niveau des œillets. A 4 heures, on fait un curetage, on extrait des débris placentaires et des membranes. Le soir du même jour, la température tombe à 37°.

Le 15, la malade continue à être plongée dans un état de subdélire constant ; elle présente bientôt une teinte terreuse ; son état ne tarde pas à s'aggraver, tremblement très marqué, pouls fréquent, filiforme, soubresauts musculaires. La caféine, le sérum, l'huile camphrée, ne relèvent point la tension ; le pouls continue à filer.

La mort survient le 15 janvier, à 7 heures du soir.

Nécropsie. — Aspect du cadavre : bien conservé. Les membres supérieurs et inférieurs sont rigides; il en est de même de la mâchoire inférieure.

Le ventre est souple, mou, ballonné. La partie interne des cuisses présente des taches rosées.

Thorax.— Le *péricarde* présente peu de liquide. Le cœur, normal, a un myocarde rouge et épaissi.

Ventricule gauche. — A l'intérieur, caillots préagoniques. L'un d'eux, noir et blanc, naissant à la valvule mitrale, remonte jusque dans l'aorte et mesure environ 0,50 cent. de longueur.

Ventricule droit. — L'orifice auriculo-ventriculaire nous présente des valvules désagrégées, infiltrées et insuffisantes, un caillot naissant sur l'oreillette qu'il remplit, remonte dans l'artère pulmonaire et ses branches, se moulant exactement sur chacune d'elles.

Poumons perméables, rien d'anormal, hypostase des bases.

L'artère pulmonaire, sectionnée au niveau du hile et suivie jusque dans ses ramifications, nous permet de retrouver le caillot mentionné plus haut.

Foie. — Volume normal. Surface convexe, lisse ; au niveau de l'insertion du ligament falciforme, on aperçoit une tache rosée empiétant sur le lobe gauche.

A la section, la surface est régulière, pas de traces de dégénérescence graisseuse.

Reins. — Capsules surrénales, rien de particulier.

A la section, on constate une anémie très marquée ; il est impossible de distinguer la substance médullaire de la corticale. Coloration blanche rosée, uniforme, bassinets un peu dilatés.

A la partie inférieure du hile, on observe une tache brunâtre.

Rate. — Petite, trilobée, couleur lie de vin.

A la section, couleur assez foncée, friabilité très grande. Les corpuscules de Malpighi sont très apparents.

Intestins. — Rien de particulier.

Le péritoine pariétal de la paroi abdominale inférieure présente dans la couche celluleuse une infiltration séreuse s'étendant à toute la région hypogastrique, à laquelle elle donne un aspect brunâtre.

Sur le promontoire, tache hémorragique de la largeur d'une paume de main, recouverte par le péritoine.—Ecchymose sous-péritonéale.

Utérus. — Longueur de 30 centimètres environ.

La muqueuse de la face interne revêt une couleur brune-noirâtre. Pour atteindre la musculeuse, il faut gratter fortement au couteau.

La partie antéro-externe nous présente quelques débris placentaires très adhérents, gangrénés et fétides, aucune trace de perforation, aucune lésion traumatique.

Diagnostic anatomique : Septicémie consécutive à une gangrène de l'utérus.

Observation XXXVIII

Bassin rétréci (craniotomie, version)

Eugénie S..., 40 ans, concierge, entre à l'hôpital, à 4 heures de l'après-midi, et est conduite immédiatement au service de la Maternité. Voici les renseignements de la sage-femme qui était auprès d'elle en ville : elle souffrait depuis le 15 janvier, à 11 heures du soir. Le toucher pratiqué le 16 dans l'après-midi permet de constater une dilatation de 0 fr. 50 centimes. Le cœur fœtal était entendu à gauche, et à droite existait un souffle très fort. Le 17, à 5 heures du matin, la poche des eaux très tendue se rompt et laisse écouler une certaine quantité de méconium.

Trois docteurs mandés près de la parturiente tentent sans succès plusieurs applications de forceps, la première à 9 heures du matin, la deuxième à 10 heures, la troisième entre 11 heures et midi.

Il y a dérapement malgré la solidité des prises, soit avec le *Tarnier*, soit avec le *Levret*.

Dès son arrivée, on constate par le toucher que la paroi antérieure

du vagin est décollée, morcelée, présentant des lambeaux libres et flottants dans la cavité. Ces lambeaux provenaient des interventions réitérées précédentes au cours desquelles l'extrémité des cuillers avait râclé et déchiré la muqueuse. La vessie paraît intacte La paroi postérieure est sans altération. Le col possède une dilatation de 5 francs, mais est très dilatable.

Le doigt tombe de suite sur une bosse séro-sanguine énorme, rendant très difficile la perceptibilité de la suture sagittale. Cette suture est contre le promontoire, à cause de l'inclinaison du pariétal antérieur, et la bosse est seule engagée. La fontanelle postérieure est à gauche et légèrement en arrière, la fontanelle antérieure échappe au doigt.

Au toucher on a la sensation d'une tête, dure, fortement ossifiée, n'ayant aucun chevauchement. Le diamètre promonto-pubien mesure sans déduction 8 cent. 1/10. Le front est dans la fosse iliaque droite.

A l'auscultation on constate la mort du fœtus, et l'embryotomie est décidée. La femme est éthérisée à fond, et on essaye de faire la basiotripsie.

Le vagin, rigide et résistant, fait éprouver une certaine difficulté pour l'introduction du doigt, et surtout de la main.

La main gauche atteint facilement la bosse séro-sanguine, la main droite glisse sur elle et guide le perforateur de Blot. L'attaque du pariétal antérieur est impossible, le perforateur le soulève, mais il fuit sous la pression. L'un des médecins assistants, déprimant alors la paroi abdominale, fixe le pariétal antérieur. On arrive à atteindre la suture bi-pariétale, qu'on perfore très aisément. On élargit au perforateur l'ouverture créée, et du liquide céphalo-rachidien s'écoule mélangé à de la substance cérébrale. Cette gouttière permet l'introduction de la branche mâle ou perforateur du basiotribe de Tarnier. Il est impossible de pénétrer plus avant dans la boîte crânienne, l'extrémité de la phalange introduite étant saisie comme dans un étau ; on élargit la fente, on articule la seconde branche et on broie le pariétal antérieur, le basiotribe faisant fonction de crânioclaste ; mais à ce moment le basiotribe dérape. On applique alors le Tarnier, mais le col, très rigide, est senti comme une corde de violon et empêche l'engagement de la tête. On sectionne alors la lèvre antérieure du col avec une paire de ciseaux coudés. Ces légères incisions faites, on

reprend les tractions. Mais cette tête déformée tendant à fuir et l'instrument à déraper, on le désarticule. La version est alors décidée. M. Lautard dégage très aisément le tronc du fœtus, la tête se présente transversale et le pariétal postérieur est engagé par la manœuvre de Champetier de Ribes. On extrait la tête par la manœuvre de Mauriceau.

L'examen de la tête du fœtus dénote une ossification normale. La fracture, faite avec le basiotribe, intéresse le frontal et le pariétal droits. Il est probable que si on avait articulé l'autre branche avant la version, la tête aurait pu être extraite.

Observation XXXIX

Bassin oblique ovalaire (Forceps)

Oswalda M..., âgée de 17 ans. Entrée à l'hôpital le 3 février, nous donne les renseignements suivants :

Son père et sa mère ont toujours joui d'une bonne santé ; il en est de même de ses deux frères et de sa sœur.

Elle présente, à la région inguinale droite, une cicatrice indiquant une ancienne ostéite du bassin. Elle a toujours boité, et, actuellement encore, la claudication est manifeste.

A 9 ans, elle eut une scarlatine.

A 14 ans, première époque menstruelle. Dès lors, les règles sont irrégulières, elle reste même trois mois sans rien voir. Elle eut, en dehors de la grossesse, des pertes blanches assez abondantes.

Le 15 mai 1897, les règles cessent.

Les douleurs débutent le 2 février, à une heure du soir. Examinée à ce moment, on constate, à l'inspection, une taille de $1^{m}56$, un squelette atrophié, une constitution grêle. Les jambes sont légèrement incurvées en dedans. La symphyse pubienne est rejetée à gauche, l'épine iliaque antéro-supérieure droite est plus saillante que la gauche.

Au-dessus de l'arcade crurale droite, on remarque une excavation très prononcée correspondant à l'enfoncement du bord antéro-supérieur de l'os iliaque droit.

La fesse droite est plus haute que la gauche, le pli fessier droit

est beaucoup plus élevé que le gauche. La petite dépression correspond à l'articulation sacro-vertébrale droite.

La pelvimétrie offre les données suivantes :

Du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure	droite	16 cent.
	gauche	14 cent.
De la ligne brune à l'épine iliaque antéro-supér.	droite	14 c. 1/2.
	gauche	16 cent.
De l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure	droite	17 cent.
	gauche	15 cent.

Bis épineux : 21 — Bi crétal : 24.
Bi ischiatique : 12 — Bi trochantérien : 30.

Bord supér. du grand trochanter à la malléole externe	droite	65 c.
	gauche	65 c.
Epine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe	droite	68 c.
	gauche	75 c.
Bord postéro-supér. de la crête iliaque au pli fessier	droit	24 c.
	gauche	27 c.
Sillon interfessier au bord post. du grand trochanter	droit	19 c.
	gauche	21 c.

A la palpation, on sent le front à droite très proéminent, la tête est aisément soulevée, les petits membres sont perçus à droite et en avant.

A l'auscultation : maximum à gauche.

Au toucher, l'index atteint facilement le promontoire, qui se trouve déjeté à droite ; la ligne innominée droite est suivie facilement dans toute son étendue. A gauche, au contraire, le bassin paraît beaucoup plus élargi ; les épines sciatiques sont très rapprochées.

Le promontoire est accessible et donne 10 c. sans déduction. La tête est haute, située au-dessous du détroit supérieur. Elle est mobile et placée en O I G T. Son volume paraît amoindri.

La dilatation étant complète, la poche des eaux est rompue artificiellement. Les bruits du cœur se précipitent et la femme étant épuisée par la longueur du travail on décide d'intervenir. La femme est anesthésiée à fond ; après quelques bouffées d'éther, l'anesthésie étant complète, le relâchement de la fibre utérine permet, dès lors,

très aisément, l'introduction de la main d'abord et des cuillers ensuite.

On applique le forceps au détroit supérieur, suivant le diamètre antéro-postérieur du bassin et le bimalaire de l'enfant. Cette application de forceps est faite sans difficulté à cause d'un espace libre postérieur compris entre le sommet du promontoire et l'articulation sacro-iliaque gauche.

La tête s'engage assez facilement, mais on remarque que les manches du Tarnier aiguillent en postérieure.

Cette tendance de la tête à se placer en O S est facilement explicable par la forme spéciale du bassin oblique ovalaire. La partie gauche est de fait seule utilisable ; elle est occupée par l'occiput. La partie droite rétrécie est occupée par le front. Le promontoire saillant s'avance, dirigeant sa pointe vers la droite. Sous l'influence des tractions, la grande fontanelle s'approche du promontoire et, tournant de gauche à droite, les bosses frontales ne tardent pas à venir butter contre lui mais sans parvenir à le doubler. Les tractions continuent à être faites, la tête change de direction et le front se porte vers le pubis.

Si les tractions avaient été continuées et si le dégagement avait été tenté en O S on aurait éprouvé de grandes difficultés, et des déchirures graves auraient pu en être la conséquence. Le forceps est désarticulé et la tête se replace en transverse.

Le forceps est remis suivant le diamètre bimalaire. De nouvelles tractions sont faites, la main droite exerçant les tractions et la gauche faisant la rotation. Le promontoire est franchi et la tête est dégagée en O P avec assez de facilité.

Observation XL

Présentation de l'épaule (version)

La nommée X... entre à l'hôpital le 6 février 1898, souffrant depuis longtemps, malgré un travail lent et très peu avancé. Le diagnostic était très difficile au toucher et permettait seulement d'éliminer un sommet.

La dilatation étant presque complète, la poche des eaux se rompt, laissant écouler un liquide noir et horriblement fétide.

Au toucher on sent l'épaule droite et le creux axillaire dirigé à gauche. A droite on perçoit le cordon qui ne bat plus.

L'éther est donné, et la matrice auparavant tétanisée se relâche peu à peu sous l'influence des bouffées anesthésiques et la main peut évoluer librement. Un pied est saisi et la version s'exécute très aisément.

La femme sortit du service complètement rétablie.

OBSERVATIONS ANNEXES

CHLOROFORME

Observation Première

Présentation de l'épaule (version)

Georgina B..., bouchère, 37 ans. — Le 7 mars 1896, à 8 heures du soir, cette femme était en travail depuis le matin 9 heures. La sage-femme qui l'assistait lui donna, à 3 heures, deux cachets d'un gramme de seigle ergoté. Voyant à 5 heures que l'accouchement ne se faisait pas, elle ordonna, sans faire aucun examen, deux autres cachets à la même dose. Malgré cette administration, le travail n'avança pas, et à 10 heures, on fit appeler un docteur, qui constata une présentation de l'épaule et essaya en vain de faire la version. Voyant le cas très difficile, on fit appeler le docteur Lautard. La version est encore essayée, mais il est absolument impossible de pénétrer dans la cavité utérine et de saisir le pied. La femme est chloroformisée jusqu'à résolution complète, mais la difficulté de pénétration persiste toujours. La femme est amenée à l'hôpital à 6 heures. Le docteur Gaziglia fait plusieurs tentatives de version, mais toujours en vain. On se décide à faire la décollation quand, tout à coup, lorsque la femme est dans un état de coma chloroformique, on a un relâchement relatif qui permet de faire la version. La délivrance ne se fait qu'une heure après.

Observation II

Eclampsie (Cloroformisation, version)

Louise C..., 28 ans, tailleuse. Entrée à l'hôpital le 19 octobre, à 11 heures du matin, dans le coma. D'après les renseignements des

personnes qui l'accompagnent, elle aurait eu plusieurs accès d'éclampsie. Examinée à son entrée, on constate un œdème considérable des membres inférieurs et une urine très albumineuse. La matrice fortement tétanisée rend le palper très difficile. On peut cependant poser le diagnostic de grossesse gémellaire. Au toucher, on pénètre avec peine dans une orifice à peine dilaté. La poche des eaux étant intacte on décide d'attendre que la dilatation se fasse pour délivrer la femme. A 2 heures la dilatation est égale à 2 francs, et vu l'état très grave de la malade, on procède à la dilatation manuelle du col, après anesthésie au chloroforme. Cette dilatation est très pénible et, dès qu'elle arrive à permettre l'introduction des quatre doigts on rompt la poche des eaux et avec beaucoup de peine on amène un pied à la vulve. En même temps, toute la muqueuse rectale sort de l'orifice anal, sous forme d'un gros bourrelet rouge qu'on réduit très difficilement. Les tractions sont faites sur le pied postérieur, et avec une grande difficulté on dégage sa hanche. La hanche antérieure est dégagée avec une difficulté plus grande encore ; il en est de même des épaules. La manœuvre de Mauriceau est tentée sans résultat à plusieurs reprises. On fait alors une application de forceps sur la tête dernière et on dégage un fœtus du sexe masculin à l'état d'asphyxie blanche et qui ne revient pas. La main introduite dans les voies génitales rompt une autre poche et saisit un pied. On amène un autre fœtus du sexe féminin plus malingre encore que son frère. La délivrance est faite par compression sur un placenta unique. La matrice se relâche immédiatement et une hémorragie se produit. M. le docteur Lautard introduit alors la main dans la cavité utérine et, après un frottement énergique des parois, le muscle se contracte.

La femme meurt quelques jours après, malgré les soins dont elle était entourée.

DIVERSES OPINIONS SUR LES DEUX ANESTHÉSIQUES

Beaucoup de ceux qui resteront sceptiques à nos affirmations et même à nos preuves n'ont jamais expérimenté l'éther. Nous leur opposerons l'affirmation de ceux qui ont fait la double épreuve. Mme Battanchon, accoucheuse à l'hôpital de Nice, avait fait de nombreuses anesthésies, pendant ses deux ans de stage à la Maternité de Marseille, où il se fait 1,200 accouchements par an. Elle nous déclarait souvent qu'elle était frappée de la supériorité de l'éther. Les vomissements étaient plus rares, le réveil plus rapide et la résolution souvent plus vite obtenue. Un maître dans la science obstétricale vint bientôt confirmer ces observations. Ayant appris que M. le professeur *Ribemont-Dessaignes* avait dans son service abandonné le chloroforme pour prendre l'éther, nous lui écrivîmes pour connaître les raisons d'une pareille détermination. Il nous répondit textuellement : « Les raisons qui m'ont fait préférer l'éther ne sont pas » différentes de celles qui ont conduit la plupart des chirurgiens » à abandonner le chloroforme : immobilisation plus rapide- » ment obtenue, réveil plus rapide, rareté des vomissements » après le réveil. Je continue à me servir de l'éther et m'en » trouve bien ».

CONCLUSIONS

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur les avantages particuliers de chacune des observations que nous avons recueillies. Nous resterons sur des vues plus générales et nous considérerons les avantages observés en chirurgie. Le chloroforme, contractant les vaisseaux des centres encéphaliques, produit une anémie du bulbe, occasionnant des arrêts subits du cœur et des morts instantanées. L'éther, au contraire ne prend jamais en traître. Il prévient l'opérateur s'il a de mauvaises intentions. Le malade éprouve de la dyspnée, se cyanose ; mais des tractions rhytmées de la langue, la suspension de l'anesthésie ont bientôt raison de cette alerte. Des bronchites peuvent s'ensuivre et être même parfois mortelles. Mais même en envisageant cette issue, tout-à-fait exceptionnelle, elle est préférable à cette mort subite sur la table d'opération. On peut soigner une bronchite, mais on ne peut pas faire revenir un mort.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 28 mai 1898.
Le Recteur,
Gaston BIZOS.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 mai 1898.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Simpson . . . . . — *Obstetric works.*

Bouisson . . . . . — *Méthode anesthésique.*

Paul Dubois . . . . . — Académie de Médecine, 1847.

Stoltz . . . . . — *Gazette de Strasbourg*, 1847.

Joulin . . . . . — *Traité d'accouchements.*

Laussel. . . . . — Thèse de Montpellier, 1866.

Hensen . . . . . — *Archives für Gynækologie.*

Ribemont-Dessaignes. — 1897.

TABLEAU DES OBSERVATIONS.

OBSERVATIONS		PAGES
I.	— Présentation de la face	32
II.	— Présentation de l'épaule (version)	33
III.	— Bassin rétréci, dépression sur le pariétal (forceps)	33
IV.	— Syphilis, présentation du siège (extraction manuelle)	34
V.	— Forceps (dégagement en occ. sacrée)	35
VI.	— Main à la vulve (version)	36
VII.	— Souffrance du fœtus (forceps)	37
VIII.	— Application de forceps, facilitée par utérus relâché	37
IX.	— Procidence du pied, bassin rétréci (version)	38
X.	— Bassin rétréci (forceps)	39
XI.	— Thombus, forceps inutile (version)	40
XII.	— Rigidité du col (forceps)	41
XIII.	— Inertie utérine (forceps)	42
XIV.	— Souffrance du fœtus (forceps)	42
XV.	— Forceps inutile (version)	43
XVI.	— Inertie utérine (version)	44
XVII.	— Bassin rétréci, Forceps inutile (version)	45
XVIII.	— Tétanie (forceps après relâchement)	47
XIX.	— Tétanie (dilatation manuelle, forceps)	48
XX.	— Tétanie (déchirure périnéale évitée)	49
XXI.	— Tête volumineuse, inertie (forceps inutile, version)	49
XXII.	— Inertie (forceps)	50
XXIII.	— Inertie (forceps)	51
XXIV.	— Bassin rétréci (dilatation manuelle, forceps)	52
XXV.	— Rigidité anatomique (forceps)	53
XXVI.	— Présentation de la face, travail long (rotation manuelle, forceps)	54

OBSERVATIONS PAGES

XXVII. — Inertie utérine (forceps). 54
XXVIII. — Bassin rétréci, forceps inutile (version). 55
XXIX. — Tétanie (forceps). 56
XXX. — Bassin rétréci (version) 56
XXXI. — Inertie utérine (forceps) 57
XXXII. — Bassin rétréci, travail long (forceps) 58
XXXIII. — Epaule transformée en face (version). 59
XXXIV. — Rigidité de l'anneau de Bandt (version) 59
XXXV. — Forceps (dégagement en Occ. sacrée). 60
XXXVI. — Tétanie (dilatation manuelle). 60
XXXVII. — Hydrocéphalie (décollation, craniotomie) 61
XXXVIII. — Bassin rétréci (craniotomie, version) 65
XXXIX. — Bassin oblique ovalaire (forceps). 67
XL. — Présentation de l'épaule (version) 69

OBSERVATIONS ANNEXES

I. — Présentation de l'épaule (version) 71
II. — Eclampsie (chloroformisation, version) 71

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

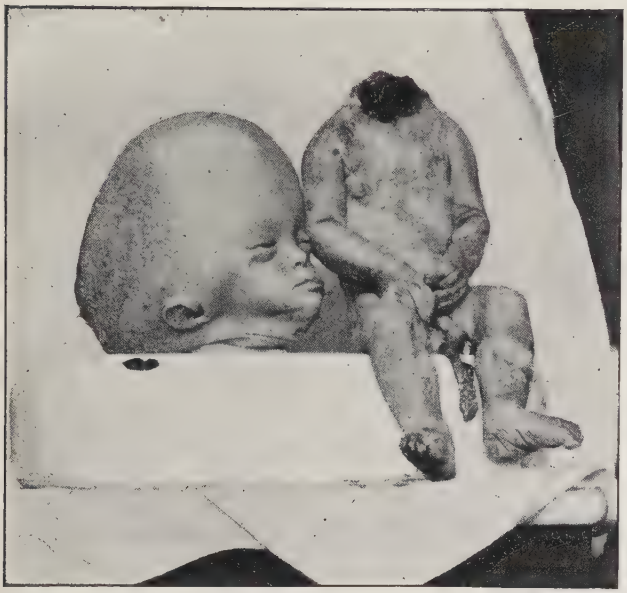

Fig. 1

Fœtus après décollation et craniotomie. La tête, débarrassée de la substance cérébrale et remplie de plâtre, a recouvré son volume primitif.

Fig. 2

Fœtus après décollation et craniotomie, avant l'introduction du plâtre.

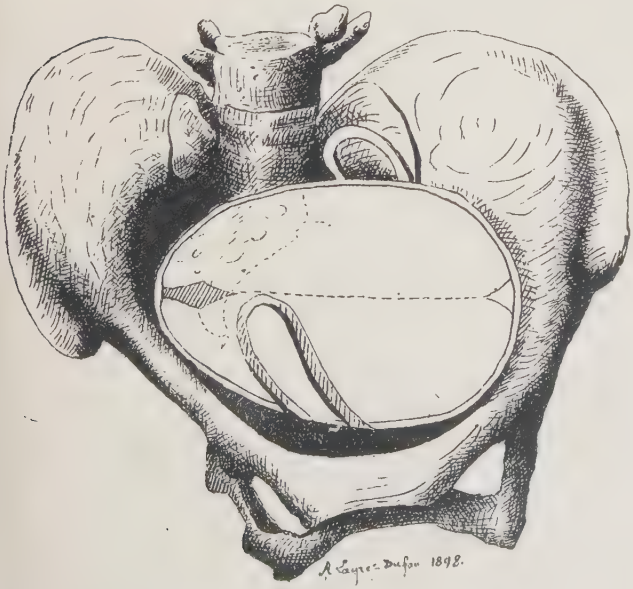

Fig. 3. — Bassin oblique ovalaire.